

О Г Л А В Л Е Н И Е

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

БОЛЕЗНИ КОЖИ

ГЛАВА I. ОБЩИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ В ВОЙСКАХ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Профессор генерал-майор медицинской службы С. Т. Павлов 11

ГЛАВА II. ГНОЙНИЧКОВЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ

Кандидат медицинских наук полковник медицинской службы К. Г. Паткачян 25

Стафилококковые заболевания кожи 36

Стрептококковые заболевания кожи 40

Прочие формы пиодермий 43

Хронические пиококковые язвы 43

Пиококковый энтероидермит (хроническая диффузная стрептодермия) и микробная экзема 50

Профилактика гнойничковых заболеваний 56

ГЛАВА III. ГРИБКОВЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ (ДЕРМАТОМИКОЗЫ)

Профессор генерал-майор медицинской службы С. Т. Павлов и кандидат медицинских наук И. П. Копзон 58

Трихофития 61

Энтероидермит 62

ГЛАВА IV. ЧЕСОТКА

Кандидат медицинских наук полковник медицинской службы В. Н. Доброзрагов 72

ГЛАВА V. ОКОЛОРАНЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ

Кандидат медицинских наук полковник медицинской службы М. Ф. Сипани 83

ГЛАВА VI. ДЕРМАТИТЫ, ЭКЗЕМА, ЧЕШУЙЧАТЫЙ ЛИШАЙ И ПРОЧИЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ

Кандидат медицинских наук подполковник медицинской службы К. К. Смирнов 101

Дерматиты 106

Экзема 113

Чешуйчатый лишай, псориаз 115

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессор генерал-майор медицинской службы С. Т. Павлов 122

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

ГЛАВА I. ПРОФИЛАКТИКА ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ В ДЕЙСТВУЮЩЕЙ АРМИИ

Профессор генерал-майор медицинской службы С. Т. Павлов 129

ГЛАВА II. ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА

*Кандидат медицинских наук полковник медицинской службы
С. П. Архангельский* 141

Состав больных сифилисом и сроки их поступления на стационарное лечение 141

Методы лечения (препараты, дозировки) 146

Эффективность и переносимость лечения 152

Заключение 161

ГЛАВА III. ЛЕЧЕНИЕ МУЖСКОЙ ГОНОРРЕИ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Полковник медицинской службы А. Д. Шефтер 163

Введение 163

Некоторые особенности клиники мужской гонорреи в годы Великой Отечественной войны 164

Лечение гонорреи в годы Великой Отечественной войны . . 171

Сроки обращаемости к врачу и госпитализации гоноррейных больных 191

Исходы лечения гонорреи 196

Пенициллинотерапия гонорреи 198

Критерии излеченности и лабораторная диагностика гонорреи 205

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессор генерал-майор медицинской службы С. Т. Павлов 209

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ 213



ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

БОЛЕЗНИ КОЖИ

ГЛАВА I

ОБЩИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ В ВОЙСКАХ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Война, ухудшая условия жизни войск, создает многочисленные и разнообразные предпосылки для распространения среди них кожных заболеваний.

Отсутствие или значительное ухудшение условий, обеспечивающих поддержание личной гигиены и соблюдение обычных санитарно-гигиенических норм, значительно большее загрязнение кожи, резкое учащение мелкого травматизма, длительное вредное влияние различных физических факторов (переохлаждение, перегревание, влажность и т. п.), воздействие разнообразных химических раздражителей, не всегда регулярное питание, физическое переутомление и резкое нервное напряжение — вот те основные причины, которые могут способствовать развитию и распространению кожных заболеваний в войсках во время войны.

Неудивительно поэтому, что в ряде санитарных отчетов об общей заболеваемости в войсках во время войны имеются указания на значительный удельный вес поражений кожи. Так, согласно данным санитарного отчета по германской армии за первую мировую войну 1914—1918 гг., в госпиталях лечилось по поводу кожных заболеваний за все годы войны 9 966 490 человек, что при пересчете на личный состав армии составляет 154,4 ‰. При этом большая заболеваемость наблюдалась в тыловых частях (265,8 ‰), где кожные заболевания занимали первое место, тогда как в частях действующей армии они стояли на третьем месте (99,1 ‰), уступая два первых места болезням, вызванным боевой травмой, а также желудочно-кишечным заболеваниям. Основную массу среди страдавших кожными заболеваниями составляли лица с паразитарными (чесотка, микозы) и гнойничковыми заболеваниями, возникавшими или первично, или как осложнение чесотки и вшивости.

В американской армии во время той же войны количество лиц с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, по данным первичных поступлений в госпитали, составляло 4,1% общего количества больных. При этом у основной массы больных тоже имели место гнойничковые заболевания кожи и чесотка. В американских экспедиционных войсках на территории Франции завшивленность достигала 90,0%.

Значительное количество кожных заболеваний отмечалось в первую мировую войну и в английской армии. В войсках, воевавших на территории Франции, особенно распространены были вшивость, чесотка и

гнойничковые заболевания кожи. Так, по данным Мак Кормака (Mac Cormack), из 14 279 кожных больных у 8 511 (59,6%) имелись гнойничковые поражения. Количество кожных больных было настолько велико, что для них пришлось организовать специальные госпитали.

Широкое распространение имели кожные заболевания и в русской армии во время русско-японской войны 1904—1905 гг.

Из санитарно-статистического очерка, изданного в 1914 г. Главным военно-санитарным управлением, видно, что по отношению к общему количеству госпитализированных больных кожные болезни составляли 8,0%, а среди лечившихся амбулаторно — 15,5%. Основную массу составляли болезни чесоткой и гнойничковыми заболеваниями при значительном распространении вшивости (И. Н. Эрлих).

Точных данных о распространенности кожных заболеваний в русской армии за годы первой мировой войны не имеется. Некоторое представление об их удельном весе в общей заболеваемости войск можно получить по данным С. А. Новосельского, разработавшего регистрационные карточки больных, лечившихся в лазаретах Всероссийского союза городов, а также по данным проф. В. Н. Саввина, проанализировавшего большое количество историй болезни больных и раненых солдат, прошедших через крупный Пресненский распределительный госпиталь в Москве в период с 3/X 1914 г. по 20/VII 1915 г. Согласно данным С. А. Новосельского, среди всех больных, включая и инфекционных, лица с болезнями кожи и подкожной клетчатки составляли 5,0% (без учета инфекционных больных, составлявших 6,5%). По материалам В. Н. Саввина, среди всех больных, кроме острозаразных и венерических, кожных больных (не считая тех, у кого имелись заболевания подкожной клетчатки) было 5,5%.

Согласно данным проф. В. В. Иванова и др., основную массу среди больных с кожными поражениями составляли страдавшие чесоткой и гнойничковыми заболеваниями при значительном распространении вшивости.

Приведенные краткие статистические данные свидетельствуют о большом распространении кожных заболеваний в войсках в прошлые войны, причем резко преобладали паразитарные заболевания, в частности, чесотка, а также гнойничковые заболевания кожи, развивавшиеся или первично, или как осложнение чесотки и вшивости.

Наиболее распространенной формой гнойничковых заболеваний в военное время по наблюдениям ряда авторов являлись вульгарные эктимы, особенно часто развивавшиеся на фоне паразитарного зуда.

Так, согласно данным Ж. Тибьержа (G. Thibierge), $\frac{4}{5}$ всех случаев гнойничковых заболеваний во Франции во время войны 1914—1918 гг. составляли эктимы, которые, по его мнению, вполне заслуживают названия «военного дерматоза».

Приведенные факты имеют большое практическое значение, так как указывают на то, что в военное время главную массу кожных заболеваний в армии составляли дерматозы, развивавшиеся в основном на фоне неудовлетворительных санитарно-гигиенических условий.

Следует иметь в виду и то, что в отдельные войны в некоторых армиях в силу особых, местных эпидемиологических условий наблюдались эпидемические вспышки, а подчас массовое распространение и других форм кожных заболеваний паразитарного или инфекционного характера. Так, например, в 1885 г. в русском отряде численностью свыше 2 000 человек, оперировавшем в районе реки Мургаб (Туркмения), наблюдалась эпидемия кожного лейшманиоза, поразившая в среднем 85,0% личного состава.

Отдельные подразделения были поражены им поголовно. В английских войсках, сконцентрированных в годы первой мировой войны в Месопотамии, отмечено до 10 000 заболеваний кожным лейшманиозом. Достаточно указать, что из 140 человек медицинского персонала британского госпиталя у 29 наблюдалось это заболевание.

В германской армии в конце первой мировой войны (1917—1918) имела место массовая заболеваемость солдат трихофитией, главным образом в форме паразитарного сикоза.

Приведенные данные показывают, какое важное значение в военное время имеет для руководителей военно-медицинской службы анализ распространенности кожных болезней на отдельных фронтах и даже на отдельных участках фронта в целях изучения причин заболеваемости и своевременного принятия мер к их ликвидации.

Во время войны как в войсках, так и среди гражданского населения обнаруживались редко встречающиеся в мирное время формы кожных поражений. Так, например, во время первой мировой войны в России (В. В. Иванов) и во Франции (Гужеро) были отмечены и описаны так называемые *околораневые* или *паратравматические поражения кожи*, детально изученные в годы Великой Отечественной войны рядом отечественных дерматологов (Л. Н. Машкиллейсон, М. Ф. Синани, П. В. Кожевников и др.). В Австрии в тот же период Риль (Riehl) описал своеобразный «меланоз военного времени», который он связывал с недостаточным питанием и, в частности, с употреблением в пищу бобовой муки, сенситизирующей кожу к солнечному свету. Заболевание это, крайне редко встречающееся в мирное время, было изучено рядом дерматологов, в частности, А. Ш. Долговым, который рассматривает этот меланоз как результат токсического действия углеводов, на фоне нарушенной функции вегетативной нервной системы. К. Г. Паткашьян, не отрицающий токсического действия углеводов, основной причиной этого заболевания считает С-гиповитаминозное состояние.

Следует отметить, что меланоз Риль, совершенно не наблюдавшийся в годы Великой Отечественной войны в войсках Советской Армии и среди гражданского населения Советского Союза, в послевоенные годы получил значительное распространение среди населения Германии.

Переходя к анализу кожных заболеваний в войсках Советской Армии в годы Великой Отечественной войны, основанному на статистической разработке и изучении истории болезни, следует прежде всего указать, что удельный вес кожных заболеваний среди общей заболеваемости за все 4 года войны был весьма незначителен и не достигал тех высоких цифр, какие были отмечены в прежние войны как в русской, так и в иностранных армиях.

Распределение отдельных кожных заболеваний за четыре года войны по клиническим формам представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение кожных заболеваний по клиническим формам среди госпитализированных (в процентах)

Гнойничковые заболевания	Чесотка	Экзема	Микозы	Чешуйчатый лишай	Околораневые поражения кожи	Дерматиты, включая дерматозы	Прочие кожные болезни	Всего
45,1	21,7	10,0	7,0	3,7	3,4	2,7	8,4	100,0

Из табл. 1 видно, что первые два места занимали гнойничковые заболевания кожи и чесотка. Процент этих заболеваний, в частности, чесотки, по отношению к общей массе кожных заболеваний был выше, чем в мирное время, но все же не имел того доминирующего значения, как в русской и иностранной армиях в прошлые войны и в особенности в первую мировую войну.

Следует к тому же учесть, что в период между первой и второй мировой войной группа гнойничковых заболеваний кожи тщательно изучалась и была значительно расширена. В настоящее время в нее включен ряд новых форм, в частности, такие заболевания, как хронический пиококковый эпидермодермит (хроническая диффузная стрептодермия) и микробная экзема, которые ранее относили к группе экзем.

Более детальный анализ гнойничковых заболеваний по отдельным клиническим формам, подробно приводимый в соответствующей главе, показывает, что основными формами наиболее распространенных пиодермитов являлись фурункулы и импетиго; эктиматозные же поражения составляли всего 4,8% всех гнойничковых заболеваний. Если даже принять во внимание известное количество неизбежных диагностических ошибок, то все же количество эктиматозных больных следует признать весьма незначительным. Факт этот свидетельствует о значительно улучшившихся санитарных условиях в Советской Армии, а также о том, что в отличие от прошлых войн паразитарный зуд и, в частности, вшивость в подавляющем большинстве не являлись причиной развития гнойничковых заболеваний кожи.

Анализ историй болезни и отчетов показывает, что основными причинами гнойничковых заболеваний в войсках Советской Армии в годы Великой Отечественной войны являлись экзогенные факторы: микротравмы, потертости, переохлаждение, влияние сырости, и в меньшей степени эндогенные причины, обуславливавшие более длительное и упорное течение этих заболеваний.

Заболеваемость чесоткой хотя и была сравнительно велика (21,7% общего количества кожных больных), однако все же была значительно меньше распространена, чем в прошлые войны. При этом следует учитывать, что в группу чесоточных больных включены все больные как с неосложненной, так и с осложненной чесоткой.

Отмечавшаяся на отдельных фронтах заболеваемость чесоткой была обусловлена в большинстве случаев тесным контактом военнослужащих с местным гражданским населением, среди которого в районах, подвергавшихся временной вражеской оккупации, чесотка была весьма широко распространена. В момент освобождения в некоторых населенных пунктах (Белоруссия, Молдавия), как было установлено в 1944 г. специальной экспедицией Министерства здравоохранения СССР, процент чесотки был от 23 до 63; в отдельных пунктах население было поражено почти поголовно. Большое распространение чесотки было обнаружено и среди освобожденного от оккупации населения Эстонии, Латвии, Псковской и других областей.

Все это обусловило эпизодическое распространение чесотки на отдельных фронтах в различные периоды войны, что будет освещено подробно в соответствующей главе.

Третья группа кожных заболеваний, требующих особого к себе внимания, это микозы, болезни грибкового происхождения, составлявшие 7,0% общего количества кожных заболеваний.

Большее, чем в прошлые войны, количество микозов обусловлено тем, что в их число в настоящее время включается эпидермофития стоп и

кистей, составляющая 84,7% общего количества микозов. Как известно, грибковая этиология этого заболевания была окончательно установлена лишь за последние 25 лет, в то время как раньше это заболевание, и, в частности, ее дисгидротическая разновидность, трактовалось как своеобразная форма экземы и в статистических разработках относилось в группу экзем. Значительное распространение эпидермофитии в мирное время, в особенности среди городского населения, и крайне упорное ее течение заставили некоторых дерматологов предположить, что в военное время это заболевание может получить особенно широкое распространение, однако это предположение не оправдалось. Причины столь незначительного распространения эпидермофитии стоп и кистей различны. Одной из них и, повидимому, основной являлась крайне незначительная пораженность эпидермофитией в мирное время сельского населения. Так, И. В. Размаицкий, обследовавший 3 200 крестьян-колхозников, обнаружил эпидермофитию стоп всего лишь у 6 человек.

Следует отметить, что паховая эпидермофития, имевшая в первую мировую войну весьма значительное распространение, особенно в германской армии, во время Великой Отечественной войны в Советской Армии совершенно не наблюдалась.

Другие формы грибковых заболеваний, составляющие 15,3% общего количества микозов, или 1,1% всех заболеваний кожи, за исключением небольшой вспышки трихофитии, описываемой в соответствующей главе, в основном были представлены единичными случаями.

Не останавливаясь на экземе, дерматитах, чешуйчатом лишае и прочих формах кожных заболеваний, подробно разобранных в соответствующих главах, следует указать, что группа этих, в основном неконтагиозных, заболеваний составляла в общем 26,2% всех заболеваний кожи. Процент этот ниже, чем в мирное время, что в основном обусловлено увеличением других групп кожных заболеваний.

Процентное соотношение отдельных групп кожных заболеваний по годам войны было весьма равномерным, не давая значительных колебаний.

Что касается динамики кожных заболеваний по временам года, то, как показывает табл. 2 и соответствующие ей кривые (рис. 1, 2, 3, 4 и 5),

Таблица 2

Среднее ежедневное число заболеваний в месяц при средней ежедневной в году, принятой за 100

Год войны Месяц	Первый	Второй	Третий	Четвер- тый	За всю войну
Июнь	76	92	87	134	100
Июль	80	61	74	145	77
Август	72	90	71	108	86
Сентябрь	84	92	79	118	92
Октябрь	84	82	97	105	92
Ноябрь	108	102	181	71	135
Декабрь	132	98	119	108	111
Январь	140	171	104	90	119
Февраль	116	120	104	81	102
Март	92	80	101	81	88
Апрель	96	102	89	77	88
Май	136	116	99	74	113

наибольшая заболеваемость отмечалась в осенне-зимний и весенний период, что в основном обуславливалось увеличением гнойничковых поражений кожи и чесоткой и вполне соответствовало сезонным колебаниям этих

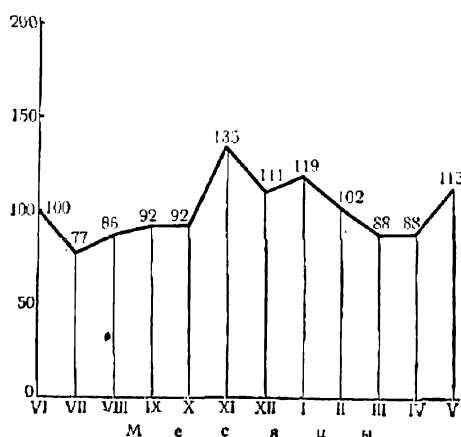


Рис. 1. Заболеваемость кожными болезнями за 1941—1945 гг. (среднее ежедневное число заболеваний за месяц при среднем ежедневном числе в году, принятом за 100).

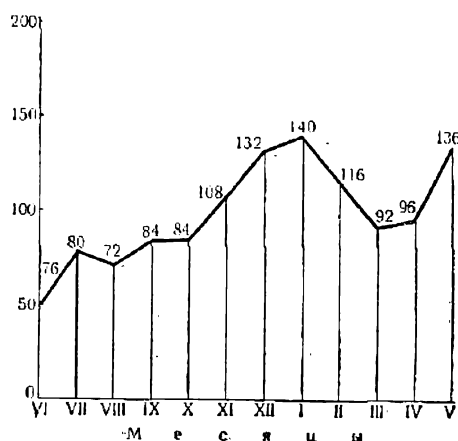


Рис. 2. Заболеваемость кожными болезнями в первый год войны (среднее ежедневное число заболеваний за месяц при среднем ежедневном числе в году, принятом за 100).

заболеваний в мирное время как среди военнослужащих, так и среди гражданского населения.

При изучении распределения отдельных форм кожных заболеваний в пределах возрастных групп выяснилось, что в старших возрастных груп-

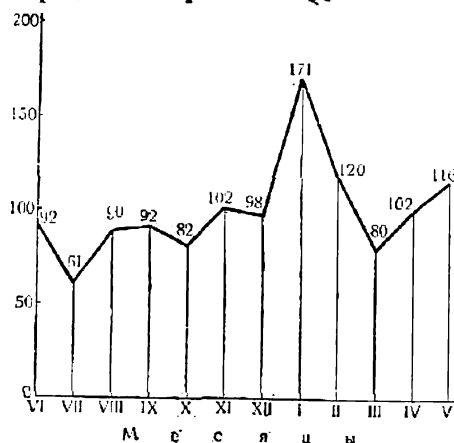


Рис. 3. Заболеваемость кожными болезнями во второй год войны (среднее ежедневное число заболеваний за месяц при среднем ежедневном числе в году, принятом за 100).

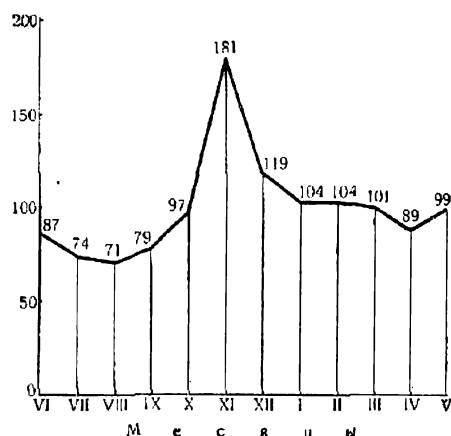


Рис. 4. Заболеваемость кожными болезнями в третий год войны (среднее ежедневное число заболеваний за месяц при среднем ежедневном числе в году, принятом за 100).

пах (от 30 лет и старше) резко снижается заболеваемость чесоткой, но увеличивается количество гнойничковых заболеваний.

Это на первый взгляд парадоксальное явление находит объяснение при анализе гнойничковых заболеваний в пределах основных возрастных

групп (до 30 лет и старше 30 лет) по отдельным клиническим формам болезней.

В то время как в возрасте до 30 лет преобладали одиночные фурункулы, местный, локализованный фурункулез и импетиго, т. е. те формы гнойничковых заболеваний, возникновение которых связано в основном с внешними факторами (недостаточное соблюдение правил личной гигиены, мелкий травматизм и т. п.), в старших возрастных группах преобладал общий фурункулез, микробная экзема, хроническая стрептодермия, т. е. те формы гнойничковых заболеваний, в патогенезе которых решающую роль обычно играют эндогенные причины (нарушения обмена веществ, эндогенные интоксикации, местные и общие нарушения кровообращения и т. п.). В связи с этим становится понятным и увеличение в старших возрастных группах заболеваний экземой, в патогенезе которой эндогенные факторы играют главную роль. В средних возрастных группах отмечался несколько больший процент заболеваемости чешуйчатым лишаем, что вполне соответствует большей частоте и упорству рецидивов этого заболевания именно в этом возрасте. Частота микозов и, в частности, эридермофитии стоп и кистей, составлявшей, как было указано выше, 84,7% общего количества грибковых заболеваний, за исключением самых молодых возрастов, не представляла значительных колебаний.

Параллельно с анализом распределения отдельных форм кожных заболеваний в пределах возрастных групп весьма важное значение имеет изучение связи болезней кожи с длительностью службы в армии. Эти данные, разработанные по отношению к двум группам заболеваний — гнойничковым заболеваниям и микозам, представлены в табл. 3.

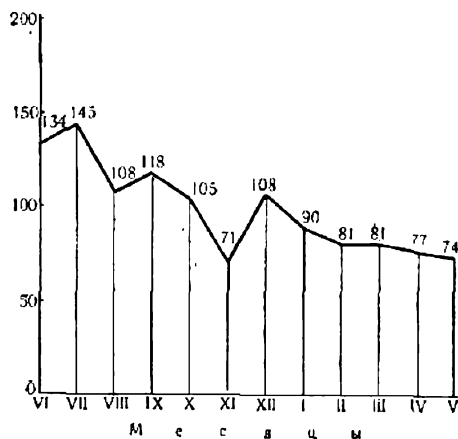


Рис. 5. Заболеваемость кожными болезнями в четвертый год войны (среднее ежедневное число заболеваний за месяц при среднем ежедневном числе в году, принятом за 100).

Таблица 3
Связь гнойничковых и грибковых заболеваний кожи с длительностью службы в армии

Срок службы в армии	До 1 года	1—2 года	2—3 года	3—4 года	4—5 лет	5 лет и более	Всего
Гнойничковые заболевания кожи	32,3	24,7	23,5	12,9	3,1	3,5	100,0
Микозы	14,9	20,7	28,7	20,9	8,0	6,8	100,0

Из табл. 3 видно преобладание пиодермитов в первые годы службы, что может быть объяснено не только численным преобладанием этих групп в армии, но также и тем, что рядовой состав, призванный из запаса, отличался меньшей тренировкой и меньшей приспособленностью к бытовым условиям действующей армии.

Это подтверждается и некоторыми материалами мирного времени. Так, по данным С. З. Завольного, наблюдавшего 451 солдата строевой части, впервые обратилось по поводу болезней кожи (в основном гнойничковых заболеваний, механической и термической травмы) в течение первого года службы 31,4%, в течение второго года службы — 4,2%, не обращалось вовсе 64,4%. При этом наибольшая обращаемость наблюдалась на третьем, четвертом, пятом и шестом месяце первого года службы.

На значение тренированности и приспособляемости к условиям военной жизни указывает и В. А. Игошин, анализируя частоту и причины потертостей у кавалеристов, в результате которых весьма часто развивались гнойничковые заболевания. Согласно его данным, если припять за единицу частоту потертостей среди пополнения первых 3—4 месяцев, то у кавалеристов первого года службы они составляют 0,85, второго года службы — 0,47 и третьего года — 0,19.

К аналогичным выводам приходит и С. И. Банайтис при изучении травматизма в армии. Согласно его данным, травматические повреждения у солдат первого года службы встречаются чаще, чем у солдат второго года службы.

Совершенно иначе распределяются микозы, в частности, эпидермофития стоп: более половины всех больных приходится на сроки службы от 2 до 4 лет. Это может быть объяснено крайне медленным развитием заболевания, наличием длительно существующих скрытых (так называемых стертых) форм, не беспокоящих больного, и лишь постепенным развитием аллергического состояния, на фоне которого развиваются тяжелые (дисгидротическая и интертригинозная) формы эпидермофитии стоп, требующие длительного стационарного лечения.

При изучении распределения кожных заболеваний по основным родам войск выяснилось, что сравнительно однородное процентное соотношение отдельных клинических форм кожных заболеваний отмечается в пехоте, артиллерии, кавалерии и бронетанковых частях; наибольшие отличия в соотношении отдельных форм кожных заболеваний обнаружены лишь в авиации, где имелся особенно большой процент эпидермофитии (12,2) и экзем (12,8).

Как показывают данные более углубленного анализа историй болезней, подтверждаемые материалами М. Р. Городинского и М. Ф. Синани, обследовавших во время войны ряд авиационных частей, эпидермофития стоп в дисгидротической и интертригинозной форме наблюдалась преимущественно у летного состава. Это может быть объяснено как повышенной потливостью стоп в результате перегревания их, например, вследствие ношения меховой обуви (унт), так и влиянием нервных факторов, играющих несомненную роль в развитии аллергических кожных поражений. Последней причиной может быть объяснен и более высокий процент экзематозных поражений, а возможно, и чешуйчатого лишая, среди летного состава.

Меньший по сравнению с другими родами войск процент гнойничковых заболеваний кожи, и в особенности чесотки, в летных частях обуславливался во время войны, повидимому, лучшими санитарно-гигиеническими условиями жизни. Как показывают данные М. Р. Городинского и М. Ф. Синани, большее количество гнойничковых заболеваний кожи в летных частях отмечалось среди технического персонала и вызывалось в основном мелким травматизмом.

Несколько больший процент чесотки в кавалерийских частях по сравнению с другими родами войск, в частности, с пехотой, может быть объяснен возможностью заражения кавалеристов чесоткой от лошадей.

Подводя итоги общим данным о распространенности кожных заболеваний в войсках Советской Армии за 4 года Великой Отечественной войны, можно констатировать, что кожные заболевания в эту войну не были так широко распространены, как в прошлые войны, а соотношение отдельных клинических форм, за исключением чесотки, приближалось к наблюдавшемуся в войсках в мирное время. Данные эти с несомненностью указывают на то, что санитарное состояние войск Советской Армии, обеспеченное организационными мероприятиями военно-медицинской службы, в годы Великой Отечественной войны стояло на значительно более высоком уровне, чем в прошлые войны. Меньшая заболеваемость кожными болезнями в значительной степени зависела и от резко возросшего культурного уровня советских воинов и в особенности их высокого политико-морального состояния, ограничивавшего возможность возникновения нервных срывов (М. К. Петрова, С. Н. Давиденков), имеющих столь большое значение в развитии разнообразных кожных заболеваний.

В первые два года войны лечение кожных больных, ввиду отсутствия соответствующих специализированных госпиталей проводилось амбулаторно или стационарно в общих (хирургических и терапевтических) госпиталях фронтового и армейского района, в специальных отделениях для кожных больных. В 1943 г. были организованы специализированные кожно-венерологические госпитали во фронтовом районе и развернуты кожно-венерологические отделения в некоторых госпиталях армейской базы, впоследствии (в 1944 г.) замененных почти во всех армиях специализированными кожно-венерологическими армейскими госпиталями. Помимо этого, небольшая часть кожных больных, не требовавших длительного стационарного лечения, госпитализировалась и на ДМП (войсковой район).

Укомплектованные опытными дерматологами и хорошо оснащенные армейские специализированные госпитали и отделения госпиталей принимали всю основную массу кожных больных войскового и армейского района. В специализированные госпитали фронтового района, обслуживавшие главным образом больных из частей фронтового подчинения, эвакуировали сравнительно небольшое число кожных больных, требовавших более длительного и специализированного лечения (например, рентгенотерапии) или углубленного обследования.

Больные, госпитализированные в лечебных учреждениях (эвакогоспитали и гарнизонные госпитали) тылового района, комплектовались в основном из частей местных гарнизонов и в очень незначительном количестве больными, эвакуированными из действующей армии. Это подтверждают и приводимые ниже данные о составе указанных больных по отдельным клиническим формам.

Для суждения о выполнении по отношению к кожным больным принципа этапного лечения приводим распределение этих больных в войсковом, армейском и фронтовом районе (табл. 4).

Таблица 4

Распределение кожных больных по отдельным этапам эвакуации

Район	Войско- вой	Армей- ский	Фронт- вой	Всего
Процент больных . .	5,2	40,3	54,5	100,0

Данные табл. 4 свидетельствуют о том, что значительная часть (45,5%) кожных больных задерживалась в армейском и войсковом районе.

Табл. 5 дает представление о группах кожных больных, лечившихся стационарно на отдельных этапах эвакуации (войскового, армейского и фронтового района).

Таблица 5

**Распределение отдельных клинических форм
кожных заболеваний на различных этапах эвакуации**

Диагноз \ Этап	Войско- вой район	Армей- ский район	Фронт- вой район
Фурункулы и карбункулы . .	22,0	14,4	8,7
Фурункулез	19,2	18,8	8,8
Сикоз	0,5	1,1	1,9
Гидраденит	4,6	2,7	1,1
Импетиго	3,3	6,5	5,5
Стрептодермия и микробная экзема	1,6	4,4	7,5
Эктимы	0,5	2,2	2,5
Прочие гнойничковые заболе- вания	0,3	0,3	0,3
Хронические язвы	1,1	1,9	2,1
Эпидермофития	3,0	6,0	6,6
Чешуйчатый лишай	1,4	3,0	5,4
Дерматиты	1,9	2,0	2,0
Экзема	3,3	7,9	13,5
Чесотка неосложненная . . .	19,8	5,4	4,1
» осложненная	12,7	16,5	18,2
Прочие заболевания кожи . .	4,8	6,9	11,8
Всего	100,0	100,0	100,0

В войсковом районе (ДМП) госпитализировались по преимуществу больные с острыми формами гнойничковых заболеваний (фурункулы, карбункулы, острые формы по преимуществу локализованного фурункулеза, гидрадениты), а также как с неосложненной, так и с осложненной чесоткой, т. е. с заболеваниями, требующими коротких сроков госпитализации.

В госпиталях армейского и фронтового района состав больных был более однороден. Однако обращает внимание, что во фронтовых госпиталях имелся значительный процент больных экземой, микробной экземой, хронической стрептодермией и псориазом, т. е. теми формами кожных заболеваний, при которых в основном действительно необходима эвакуация из армейского района, так как они требуют более длительного и более сложного лечения. Подтверждением служит табл. 6.

Во фронтовых госпиталях в отличие от армейских концентрировались больные с наиболее упорными формами кожных заболеваний, нуждающиеся в длительном лечении, как-то: больные хроническими формами гнойничковых заболеваний (сикоз, хроническая стрептодермия, микробная экзема, эктимы, хронические пиококковые язвы), а также основная часть больных экземой, чешуйчатым лишаем и тяжелыми формами эпидермофитии. Данные табл. 6 подтверждают это, показывая распределение кожных больных на различных этапах эвакуации по длительности лечения. Как видно

из этой таблицы, количество больных с длительными сроками лечения (свыше 30—59 дней) в лечебных учреждениях фронтового района значительно превышало таковое в лечебных учреждениях армейского и войскового района.

Таблица 6

Распределение больных по длительности лечения на отдельных этапах эвакуации

Срок лечения \ Этап	Войсковой район	Армейский район	Фронт. вой. район
До 10 дней	55,4	29,9	20,7
10—19 »	27,3	33,3	29,5
20—29 »	9,4	16,9	16,3
30—59 »	6,7	14,8	21,9
60 дней и более	1,8	5,1	11,6
Всего	100,0	100,0	100,0

Среди больных, лечившихся в госпиталях тылового района (эвакогоспитали и гарнизонные госпитали), как показывает табл. 7, преобладали

Таблица 7

Процентное соотношение отдельных кожных заболеваний в госпиталях тылового района

Псориазы		Хронические язвы	Экзидермофития	Чешуйчатый лишай	Дерматиты	Экзема	Чесотка		Прочие заболевания	Всего
острые	хронические						несложная	сложная		
45,2	8,1	5,2	5,1	2,1	1,4	7,1	3,4	14,3	8,1	100,0

больные с острыми формами кожных заболеваний; по процентному соотношению отдельных клинических форм они занимали среднее место между лечившимися в госпиталях войскового и армейского района.

Среди хронических форм кожных заболеваний обращает внимание значительный процент (5,2) больных хроническими пиококковыми язвами, которые по длительности лечения занимали первое место (в среднем 41,9 дня). Есть все основания полагать, что именно эти больные составляли основную часть того незначительного количества кожных больных, которые из района действующей армии эвакуировались в госпитали глубокого тыла.

Приведенные данные подтверждают, что в госпиталях внутреннего района в основном лечились больные из частей местных гарнизонов, частично—из числа раненых, находившихся в хирургических госпиталях и случайно заболевших той или иной формой кожных заболеваний (Я. М. Мариупольский); лишь очень незначительное количество этих больных было эвакуировано из лечебных учреждений фронтового и армейского района.

Все изложенное выше убедительно показывает, что принцип этапного лечения с эвакуацией по назначению проводился четко и по отношению

к кожным больным благодаря широкой организации специализированной помощи в армейском и фронтовом районе, предупреждавшей возможность эвакуации значительного количества кожных больных в тыл страны.

Следует особенно подчеркнуть целесообразность организации специализированной помощи кожным больным в армейском районе, а также возможность использования для лечения кожных больных, требующих кратковременных сроков лечения, ДМП.

Показателями качества лечебной помощи кожным больным в специализированных учреждениях фронтового, армейского и войскового района являются данные о средней продолжительности лечения кожных больных и клинические исходы.

Продолжительность лечения кожных больных, равная в среднем за все 4 года войны 27,3 дня, из года в год снижалась (31,1 дня в первый год, 28,0 — во второй, 26,1 — в третий) и достигла на четвертом году войны 26 дней; что с несомненностью указывает на систематическое совершенствование лечебной помощи кожным больным.

Приведенные средние данные длительности лечения значительно меньше сроков госпитализации кожных больных в годы первой мировой войны как в русской, так и в иностранных армиях, но, по сравнению с данными ряда окружных и гарнизонных госпиталей, несколько превышают сроки лечения кожных больных в довоенные годы.

Так, по данным Н. В. Розова, разработавшего санитарно-статистические карты больных, лечившихся с октября 1916 г. по июнь 1917 г. в лазаретах Петроградского областного комитета Союза городов, средний срок лечения кожных больных равнялся 31,3 дня.

Несколько большая длительность лечения кожных больных в военные годы объясняется тем, что в военное время больные поступали на стационарное лечение преимущественно в более поздние сроки от начала заболевания и, следовательно, с более тяжелыми формами кожных заболеваний. Последнее обстоятельство объясняется, согласно данным медицинских отчетов, а также данным фронтового дермато-венеролога М. М. Кузнецца, нежеланием больных покидать часть по поводу незначительных начальных форм кожных заболеваний. Наряду с этим, следует учесть и более упорное течение некоторых форм кожных заболеваний (фурункулез, стрептодермия, экзема, чешуйчатый лишай и др.) в военное время в связи с более резким нарушением общего состояния больных, связанным с тяжелыми условиями военной жизни (переутомление, нерегулярное, иногда неполноценное питание и т. п.).

Вторым показателем качества лечения кожных больных в специализированных госпиталях военного времени являются данные клинических исходов (табл. 8).

Таблица 8

Клинические исходы лечения по годам войны
(в процентах)

Исход Год войны				
	Выздоравливание	Улучшение	Без пере- мца	Всего
Первый	68,2	27,9	3,9	100,0
Второй	74,5	23,2	2,3	100,0
Третий	75,3	21,7	3,0	100,0
Четвертый	78,9	18,6	2,5	100,0

Данные табл. 8 показывают неуклонное, из года в год, повышение качества лечения кожных больных, причем клинические исходы не отличаются от таковых в довоенные годы.

Небольшое количество прочих исходов (без перемен) относится преимущественно к таким заболеваниям, как чешуйчатый лишай и экзема, что вполне согласуется с обычным крайне изменчивым течением этих заболеваний и их склонностью к частым рецидивам.

Приведенные данные о длительности лечения кожных больных и клинических исходах с несомненностью указывают на высокое качество лечения кожных больных в годы Великой Отечественной войны и принципиальную правильность и необходимость организации специализированных госпиталей и широкой госпитализации этой категории больных.

В заключение общего анализа кожной заболеваемости следует остановиться на профилактической работе, проводившейся военно-медицинской службой в целях борьбы с кожными заболеваниями в войсках.

Не касаясь общих основных мероприятий по санитарно-гигиеническому обеспечению войск (банно-прачечное обслуживание и т. п.), игравших, несомненно, главную роль в ограничении возникновения и распространения кожных болезней в годы Великой Отечественной войны, следует остановиться лишь на конкретных профилактических мерах.

Первой и основной профилактической мерой явились ежемесячные медицинские осмотры, что дало возможность своевременно выявлять различных кожных больных, а также своевременно диагностировать начальные формы других кожных заболеваний.

Помимо ежемесячных медицинских осмотров, большое значение имели медицинские осмотры прибывавших пополнений, индивидуальные медицинские осмотры возвращавшихся из отпусков и командировок, а также телесные осмотры при прохождении через баню.

Вторым профилактическим мероприятием, имевшим большое практическое значение для предупреждения паразитарных заболеваний, являлась медицинская разведка среди гражданского населения. Медицинская (санитарно-эпидемическая) разведка организовывалась в большинстве случаев армейскими и дивизионными дермато-венерологами или проводилась ими совместно с СЭО. Метод разведки, практиковавшийся на всех фронтах, главным образом на территории, освобождавшейся от временной оккупации, а также на территории иностранных государств, оказался весьма эффективным, особенно в отношении чесотки и вшивости.

Значительную помощь в выявлении и ликвидации паразитарных заболеваний среди гражданского населения на временно оккупированной территории СССР оказали и многочисленные отряды Министерства здравоохранения СССР, работавшие в контакте с военно-медицинской службой. Эти отряды, проводившие поголовный осмотр населения и организовывавшие стационарное и амбулаторное лечение больных, быстро ликвидировали очаги паразитарных заболеваний среди населения и тем в значительной мере предотвращали распространение этих заболеваний среди военнослужащих.

Следующим разделом профилактической работы в целях борьбы с кожными заболеваниями явилось санитарное просвещение — ознакомление военнослужащих с сущностью заразных форм кожных заболеваний, причинами и способами их распространения, а также привитие навыков личной гигиены в связи с особенностями военно-полевой жизни.

Наряду с общими профилактическими мероприятиями, военно-медицинская служба широко разрабатывала и проводила более специализи-

рованные профилактические меры в отношении отдельных форм кожных заболеваний, как, например, эпидермофития, гнойничковые заболевания и другие, подробно изложенные в соответствующих главах.

Констатируя значительно меньшее распространение кожных заболеваний в Советской Армии в годы Великой Отечественной войны по сравнению с прошлыми войнами, можно с уверенностью сделать вывод, что кожные болезни в военное время отнюдь не являются неотъемлемым и закономерным следствием условий военной жизни. В условиях советской действительности их можно предупреждать и устранять путем правильной постановки санитарно-гигиенического обслуживания войск и оказания своевременной специализированной помощи заболевшим.

ГНОЙНИЧКОВЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ

Обширная группа гнойничковых заболеваний кожи, или пиодермитов, заболеваний, вызываемых внедрением в кожу извне пиогенных кокков (стафилококков и стрептококков), является наиболее распространенной группой кожных заболеваний, занимающей как в мирное, так особенно в военное время первое место в общей массе болезней кожи как среди гражданского населения, так и военнослужащих. Частота гнойничковых заболеваний обуславливается прежде всего крайней распространенностью их возбудителей, особенно стафилококков, и ввиду этого широкими возможностями занесения их на кожу человека из внешней среды, а также значительной изменчивостью пиококков и возможностью при известных условиях перехода непатогенных форм в патогенные на поверхности самой кожи.

Однако возникновение гнойничковых заболеваний объясняется не только патогенностью и вирулентностью их возбудителей, но в еще более значительной степени изменениями нормального физиологического состояния кожи и ее реактивности вследствие воздействия на кожу разнообразных внешних и внутренних факторов.

Известно, что нормально функционирующая при регулирующем влиянии нервной системы кожа способна противостоять попадающим на нее извне микробам, в частности, пиококкам, рядом присущих ей защитных свойств. Основным из них является непроницаемость для микробов нормального, неповрежденного рогового слоя. Но кожа является не только механическим барьером: вследствие выделения салынными железами и эпителием кожи кожного сала, а потовыми железами — пота, в нормальных условиях на поверхности кожи образуется неблагоприятная для роста микробов кислая среда с $pH=4-5$. Помимо того, некоторые микробиологи предполагают, что кожа, как и слизистые оболочки, обладает стерилизующим действием, зависящим, возможно, от выделения кожей особого вещества, идентичного лизоциму, благодаря чему микробы, попавшие на нее извне, быстро погибают. При этом бактерицидное действие кожи связано со степенью ее чистоты, и мытье кожи не только очищает ее механически от микробов, но и усиливает стерилизующие свойства кожи.

Этим и объясняется тот факт, что на коже здорового человека количество патогенных кокков крайне незначительно и, согласно исследованиям ряда авторов (О. Н. Подвысокая, Н. А. Чернугубов, А. М. Кричевский и др.), они встречаются лишь у 5—10% обследованных, в то время как при гнойничковых заболеваниях патогенные кокки обнаруживаются на здоровой коже у 60—90% больных. Следует учесть, что у лиц, болеющих гнойничковым заболеванием, пиококки могут обнаруживаться на коже в течение сравнительно продолжительного времени, обуславливая своеобразное пиококконосителство. Таким образом, для того чтобы развилась та или иная форма гнойничкового заболевания, помимо наличия на поверхности кожи пиококков, необходимо еще нарушение ее нормальных защитных функций. Последнее может быть обусловлено самыми разнообразными факторами, воздействующими на нервный аппарат кожи, среди которых практически особенно большое значение имеют факторы внешние. К их числу следует прежде всего отнести микротравматизм (уколы, порезы и т. п.), часто встречающийся как в быту, так и особенно на производстве; последний не только открывает ворота инфекции, но изменяет среду, создавая условия для усиления вирулентности и па-

тогенности пиококков. Аналогично микротравматизму следует расценивать и длительную травматизацию кожи в результате трения ее амуницией или одеждой, нередко являющуюся причиной пиодермитов в войсках, а также расчесывание кожи при зудящих дерматозах, особенно паразитарной этиологии.

Не меньшее значение придают засорению кожи пылью (уголь, цемент и т. п.), а также загрязнению и раздражению ее химическими веществами, например, горючими жидкостями (бензин, керосин) и смазочными маслами. Последние не только вызывают раздражение кожи, в частности, волосяных фолликулов, но и являются резервуаром инфекции, так как многими авторами установлено наличие в смазочных маслах обильной пиогенной флоры. Большое значение имеет и обычное загрязнение кожи вследствие недостаточных гигиенических условий, что способствует не только увеличению количества пиококков на поверхности кожи (Е. И. Анасоза и др.), но и изменению как ее нормальных защитных свойств, ее рН, так и стерилизующего действия.

Среди других факторов, способствующих возникновению гнойничковых заболеваний, следует указать и на длительные ограничения или общие охлаждения кожи, вызываемые путем рефлекторного воздействия резкого нарушения кровообращения, уменьшение сало- и потоотделения, а также на перегревание тела, обуславливающее прежде всего повышенную потливость, ведущую к мацерации кожи и изменению кислой реакции ее поверхности. Эти факторы особенно часто отмечаются как причины развития пиодермитов в армии и на флоте в мирное и особенно в военное время.

Перенесенные общие тяжелые заболевания, в частности, острые инфекции, а также недостатки питания, длительное физическое переутомление, нарушение обмена веществ и т. п., не только способствуют возникновению пиодермитов, но нередко являются причиной их упорного, длительного хронического течения.

Следует указать и на то, что у лиц, страдающих пиодермитами, может развиться повышенная чувствительность кожи к пиококкам, что является причиной частых рецидивов заболевания.

В свете вышеизложенного становится понятной возможность широкого распространения пиогенных заболеваний как среди различных групп населения, так и в армии.

Широкие профилактические мероприятия, проводившиеся советским здравоохранением, технические усовершенствования производства и проведение мер технической безопасности, а также неуклонное улучшение материально-бытовых и культурных условий жизни населения обусловили в довоенные годы значительное снижение пиодермитов среди производственных рабочих и других групп населения Советского Союза.

В результате проводившихся профилактических мероприятий было достигнуто значительное снижение гнойничковых заболеваний и в Советской Армии. Так, если данные госпитализации по поводу пиодермитов в Советской Армии в 1929 г. принять за 100, то в 1935 г. больных пиодермитами было госпитализировано 60, а в 1939 г. — 49.

В условиях мирного времени главными причинами гнойничковых заболеваний военнослужащих были мелкие и крупные травмы, связанные с условиями работы, загрязнение кожи смазочными маслами, способствующее возникновению пиодермитов у шоферов, танкистов и лиц других военных профессий, а также переохлаждение и перегревание. Потертости ног при нарушении правил личной гигиены часто являлись причиной различных форм пиодермитов нижних конечностей. Микротравмы и загрязнение кожи пылью, трение амуницией и седлом нередко являлись причиной развития пиодермитов на коже лица, шеи, ягодиц, нижних конечностей у кавалеристов.

В мирное время ряд авторов, изучавших болезни кожи у военнослужащих, отмечал значительные колебания количества больных пиодермитами в зависимости от времени года. Наибольшее количество гнойничковых заболеваний приходилось на осенне-зимний период, затем оно резко снижалось, сменяясь менее выраженным подъемом в летние месяцы.

Материалы, характеризующие распространение пиодермитов в прошлые войны в русской и иностранных армиях, весьма незначительны. Так, согласно данным Санитарно-статистического очерка русско-японской войны 1904—1905 гг., гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки отмечались у 60% всех госпитализированных кожных больных, причем папариции и флегмоны составляли 23%, фурункулы — 24% и язвы голени (основную часть которых, по видимому, составляли эктимы) — 13%. Ввиду отсутствия данных о других формах гнойничковых заболеваний нельзя установить их общий удельный вес среди всех заболеваний кожи, однако столь высокий процент фурункулов позволяет предполагать, что у основной массы кожных больных имелись гнойничковые заболевания. Причиной столь значительного распространения пиодермитов были, как указывает Л. И. Эрлих, тяжелые санитарно-гигиенические условия, например, почти полное отсутствие бань для солдат на фронте.

Точных данных о заболеваемости пиодермитами в войсках русской армии в первую мировую войну нет. Относительное представление об удельном весе пиодермитов среди всех болезней кожи дают сведения, опубликованные В. Н. Саввиным и В. В. Ивановым. В. Н. Саввин сообщает, что среди больных, прошедших с 3/X 1914 г. по 20/VII 1915 г. через Пресненский распределительный госпиталь в Москве, пиодермиты имелись у 47,0% всех кожных больных, а при учете и больных с нарывами — у 81,9%. Очень большой процент составляли язвы голени (20,8) и фурункулы (26,7). Такой высокий процент язв голени заставляет предполагать, что в их число, так же как и в отчете за русско-японскую войну 1904—1905 гг., включены эктимы, весьма распространенные в первую мировую войну во всех воевавших армиях.

В. В. Иванов, характеризуя патологию кожи в период первой мировой войны, отмечает, что у солдат и офицеров на фронте преобладали импетиго, эктимы и фурункулы главным образом на нижних конечностях, а также в области ягодиц и поясницы. Расчесы вследствие чесотки и вшивости, недостаток белья и редкая смена его вместе с увеличившимся в военное время микротравматизмом были основными причинами широкого распространения пиодермитов в армии в годы первой мировой войны.

По данным санитарного отчета германской армии за годы первой мировой войны, основную массу кожных заболеваний составляли чесотка, вшивость и пиодермиты, возникавшие первично или как осложнение чесотки и вшивости. Так, в военном госпитале 6-й армии гнойничковые заболевания отмечались у 46% всех кожных больных, причем фурункулез наблюдался у 19% кожных больных, составляя 42% всех пиодермитов. Особенно частой формой гнойничковых заболеваний являлись эктимы, которые, согласно данным Крамайера, составляли треть всех пиодермитов. У солдат нередко наблюдались тяжело протекавшие гнойничковые заболевания. Так, Генрих указывает, что пиодермиты, осложнявшие чесотку, приводили в отдельных случаях к развитию сепсиса.

По данным санитарно-статистического отчета английской армии, среди солдат, сражавшихся во Франции, пиодермиты имели также широкое распространение. Так, например, из 7 017 кожных больных, лечившихся в одном из специализированных кожных госпиталей с августа 1916 г. по март 1917 г., 57,0% составляли больные гнойничковыми заболеваниями, а среди последних у 56,0% отмечалось импетиго; 64,9% гнойничковых заболеваний были связаны с чесоткой. Значительную роль в развитии гнойничковых заболеваний играло массовое распространение в английских войсках вшивости, обусловленной тесным контактом солдат с гражданским населением, пользовавшимся общим бельем и редкой его сменой. По данным Мак Кормака, с ноября 1915 г. по март 1917 г. из 14 279 больных с заболеваниями кожи у 8 511 (59,0%) имелись пиодермиты, а в апреле 1917 г. число пиодермитов, возникавших первично или как осложнение чесотки и вшивости, достигло 80,0%.

Согласно статистическим отчетам американской армии за первую мировую войну, 40,0% всей кожной заболеваемости составляли пиодермиты, среди которых преоб-

ладали фурункулы, карбункулы и импетиго. Среди больных, поступивших в госпиталь с сопутствующими кожными болезнями, пиодермиты отмечены у 42,5%, причем фурункулы составляли 78,4% этой группы, импетиго — 14,6%, а карбункулы — 7,0%. Следует отметить, что в этих отчетах в группу пиодермитов были включены только фурункулы, карбункулы и импетиго. При включении в эту группу других форм процент пиодермитов был бы значительно больше.

По данным Тибержа, у солдат французской армии также наблюдалось большее количество гнойничковых заболеваний, обусловленных в основном чесоткой, вшивостью, отсутствием бань и редкой сменой белья. Среди других форм преобладали эктимы, составлявшие 80% всех пиодермитов. Расчесы при чесотке и вшивости были главной причиной широкого распространения эктим, и Тиберж, назвавший эктимы пиодермитами войшы, отмечает особенно большое количество своеобразных линейных эктим, являвшихся результатом инфицирования глубоких расчесов.

Приведенные весьма неполные данные о распространении гнойничковых заболеваний как в русской, так и в иностранных армиях в прошлые войны все же отчетливо показывают, что группа пиодермитов занимала среди всех кожных заболеваний первое место.

Анализ гнойничковых заболеваний среди личного состава Советской Армии за годы Великой Отечественной войны основан на изучении материалов разработки историй болезни госпиталей и других лечебных учреждений войскового, армейского, фронтового и внутреннего района, опубликованного за годы войны литературного материала, а также личных наблюдений.

При разработке историй болезни приводимые в них диагнозы позволили придерживаться следующей классификации и номенклатуры гнойничковых заболеваний.

1. Стафилококковые болезни кожи: фолликулиты, фурункулы, фурункулез, карбункулы, гидрадениты, вульгарный сикоз.

2. Стрептококковые болезни кожи: импетиго, эктимы.

3. Прочие гнойничковые болезни кожи: пиококковый эпидермоидермит (диффузная хроническая стрептодермия), микробная экзема и хронические пиококковые язвы голени.

Мы не останавливаемся на паратравматических поражениях кожи, описываемых в специальной главе.

Таким образом, группа гнойничковых заболеваний в отличие от данных за прошлые войны значительно расширена путем включения ряда новых клинических форм, подробно изученных лишь в период между первой и второй мировой войной. Из хронических форм глубоких пиодермий разбираются лишь хронические пиококковые язвы, так как другие формы (язвенно-вегетирующие, абсцедирующие и пр.) встречались лишь в единичных случаях и в силу этого не могли быть подвергнуты соответствующему разбору.

Такое расширение группы пиодермитов в значительной степени затрудняет сопоставление статистических данных за период Великой Отечественной войны с данными прошлых войн.

По нашим данным, пиодермиты за все 4 года войны составляли 45,1% и, как и в прошлые войны, занимали первое место среди общей массы кожных болезней. Однако, как показывает сопоставление с приведенными выше литературными данными, удельный вес пиодермитов в годы Великой Отечественной войны по сравнению с прошлыми войнами был значительно ниже.

Если к тому же учесть, что данные за прошлые войны являются относительными и, несомненно, преуменьшенными, причем в материалах прошлых войн пиодермиты были представлены только отдельными формами (фурункулы, карбункулы, импетиго, эктимы), что составляет 60,0—70,0%

современной номенклатуры гнойничковых заболеваний кожи, то станет очевидным, что в Советской Армии в годы Великой Отечественной войны пиодермиты были распространены значительно меньше, чем в прошлые войны.

Факт этот заслуживает особого внимания потому, что Великую Отечественную войну по ее масштабам и маневренности, по тяжести условий быта бойцов и боевой деятельности войск нельзя сравнить ни с первой мировой войной, ни тем более с русско-японской войной 1904—1905 гг., носившими по преимуществу позиционный характер. Вооружение войск новейшей техникой увеличивало по сравнению с прошлыми войнами возможности мелкого травматизма и раздражения кожи, т. е. основную сумму важнейших факторов развития гнойничковых заболеваний кожи.

Тот факт, что, несмотря на это, гнойничковые заболевания в войсках Советской Армии не получили в годы Великой Отечественной войны столь широкого распространения, как в прошлые войны, может быть объяснен высокой общей и санитарной культурой солдат Советской Армии и широкими лечебно-профилактическими мероприятиями, проводившимися военно-медицинской службой.

Как показывает табл. 9, среди пиодермитов преобладали фурункулы и фурункулез, составлявшие вместе 57,6% всех гнойничковых заболеваний. Второе место занимало импетиго (12,1%). Высокий процент фурункулов и фурункулеза подтверждают и данные медицинских отчетов отдельных фронтов и армий, из которых видно, что фурункулы составляли 47,0—66,0% всей массы гнойничковых заболеваний кожи.

Таблица 9

Распределение отдельных форм пиодермитов (в процентах)

Название болезни	Проценты	Название болезни	Проценты
Фурункулы	12,7	Хронические пиококковые язвы	5,2
Фолликулиты и фурункулы	13,1	Диффузная хроническая стрептодермия	5,2
Карбункулы и фурункулы	2,3	Микробная экзема	6,9
Фурункулез	29,5	Прочие гнойничковые болезни кожи	0,1
Гидрадениты	5,2		
Спикоз	2,9		
Импетиго	12,1		
Эктимы	4,8	Итого . . .	100,0

Согласно данным историй болезни этой группы больных, основными причинами фурункулов и фурункулеза, преимущественно местного характера, являлись, помимо недостаточного ухода за кожей, микротравмы, потертости, загрязнение кожи смазочными маслами (особенно в механизированных частях, авиации и артиллерии), а также переохлаждение и влияние сырости.

Эктимы, как это видно из табл. 9, составляли лишь 4,8% всей массы гнойничковых заболеваний. Такой незначительный процент эктиматозных поражений по сравнению с первой мировой войной объясняется тем, что в войсках Советской Армии в годы Великой Отечественной войны паразитарный зуд и в особенности вшивость не имели такого распространения, как в прошлые войны.

В более молодых возрастных группах преобладали преимущественно фолликулиты и одиночные фурункулы, импетиго, актимы и хронические язвы голени, т. е. заболевания, связанные в основном (за исключением хронических язв) с внешними факторами. В старших же возрастных группах чаще встречался фурункулез, хроническая диффузная стрептодермия и карбункулы. Установить связь других форм гнойничковых болезней с той или иной возрастной группой не имелось возможности.

Вся группа пиодермитов в целом, при некоторых формах даже очень значительно, увеличилась к третьему году войны, к четвертому же году войны отмечалось их снижение.

Значительно меньший процент заболеваемости пиодермитами в первый год войны можно в известной мере объяснить отсутствием в начале войны, в связи с тяжелыми условиями военных действий, достаточно полного учета. Есть основание предполагать, что на рост заболеваемости пиодермитами на протяжении третьего года войны оказала влияние особенно большая подвижность войск, а в связи с этим сильное нервное напряжение, большая физическая нагрузка, влияние неблагоприятных метеорологических условий и увеличившийся микротравматизм.

На протяжении четвертого года войны, несмотря на продолжение активных боевых действий, количество гнойничковых заболеваний снизилось главным образом за счет уменьшения больных фурункулезом, импетиго, актидами и хроническими язвами голени, что было обусловлено не только широко развернувшейся профилактической работой по борьбе с гнойничковыми заболеваниями, но и высоким моральным подъемом, несомненно оказывавшим благоприятное влияние на общую сопротивляемость организма.

В динамике пиодермитов за годы Великой Отечественной войны наблюдалась, как и в мирное время, довольно закономерная сезонность. Так, при изучении материалов разработки истории болезни за все 4 года войны наибольшее число заболеваний пиодермитами отмечалось в ноябре—январе, менее значительный подъем отмечался в летний период. Подробно эти изменения динамики пиодермитов, в зависимости от времени года, показаны в табл. 10 и в прилагаемых диаграммах (рис. 6, 7, 8, 9 и 10).

Таблица 10

Среднее ежедневное число заболеваний пиодермитами в месяц при средней ежедневной за год, принятой за 100

Месяц	Первый год войны	Второй год войны	Третий год войны	Четвертый год войны	За всю войну
Июнь	36	96	89	150	104
Июль	71	65	76	147	96
Август	64	89	73	115	87
Сентябрь	93	92	68	115	96
Октябрь	64	81	86	97	84
Ноябрь	114	96	216	123	155
Декабрь	129	96	102	106	110
Январь	150	169	92	74	114
Февраль	125	115	116	62	104
Март	93	81	92	71	85
Апрель	93	104	86	74	87
Май	150	100	89	50	93

Влияние сезонности и метеорологических условий на рост гнойничковых заболеваний отмечено и в некоторых медицинских отчетах, особенно северных фронтов. Так, М. В. Борзов за третий год войны сообщает, что резкие изменения погоды (пурга, дождь) и связанные с этим резкие и длительные переохлаждения кожи, большее загрязнение кожи в зимние месяцы при невозможности раздеться и необходимости длительно находиться в полушубках и валенках приводили к значительному росту гнойничковых заболеваний.

Анализ данных о распределении отдельных форм гнойничковых заболеваний по родам войск не позволил выявить какой-либо закономерности.

Относительно больший удельный вес гнойничковых заболеваний отмечался в артиллерии, пехоте и инженерных войсках при несколько меньшем удельном весе этих заболеваний в бронетанковых войсках и особенно в авиации. Меньший удельный вес гнойничковых заболеваний в бронетанковых частях и авиации может быть объяснен сравнительно большим распространением в этих частях других форм кожных заболеваний, в частности, дерматитов,

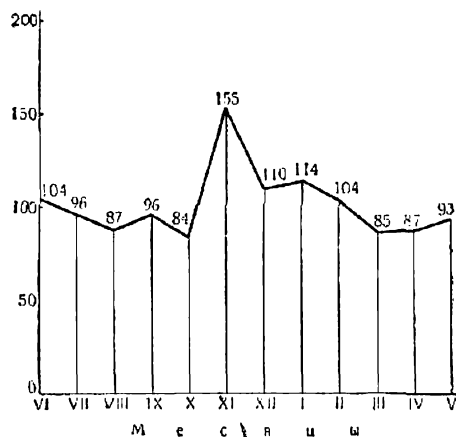


Рис. 6. Заболеваемость пиодермитами за 1941—1945 гг. (среднее ежедневное число заболеваний за месяц при среднем ежедневном числе в году, принятом за 100).

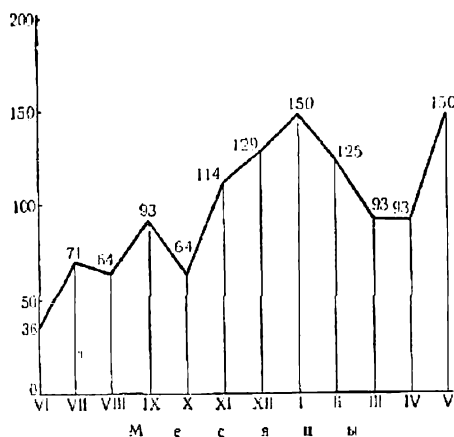


Рис. 7. Заболеваемость пиодермитами в первый год войны (среднее ежедневное число заболеваний за месяц при среднем ежедневном числе в году, принятом за 100).

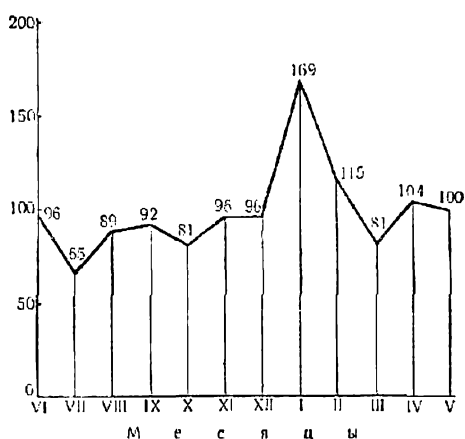


Рис. 8. Заболеваемость пиодермитами во второй год войны (среднее ежедневное число заболеваний за месяц при среднем ежедневном числе в году, принятом за 100).

экзем и др., что, как показано в соответствующих главах, связано с некоторыми специфическими условиями работы.

Изучение поражаемости гнойничковыми заболеваниями в связи с длительностью службы в армии показывает, что большая часть этих

заболеваний приходится на первый год службы. После первого года службы количество больных постепенно уменьшается. Более высокая заболеваемость на первом году службы объясняется меньшей приспособленностью вновь призванных на военную службу к новым условиям работы в суровых условиях войны и отсутствием у них соответствующей тренировки. Данные эти подтверждают и материалы фронтовых и армейских дерматовенерологов, также указывающих на большую заболеваемость пиодермитами среди прибывающих пополнений.

Большая поражаемость гнойничковыми заболеваниями солдат первого года службы была отмечена рядом авторов (С. З. Завольный, С. П. Архангельский) и в мирное время, так же как и больший среди них травматизм (В. А. Игошин, С. И. Банайтис и др.).

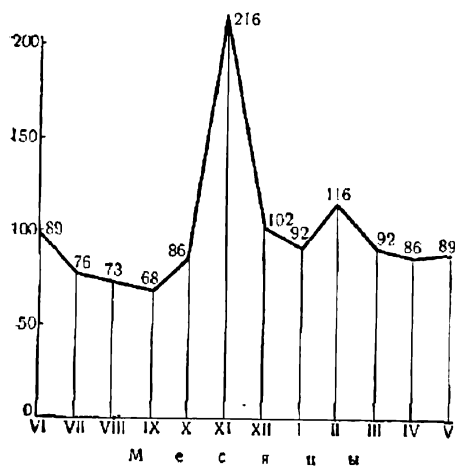


Рис. 9. Заболеваемость пиодермитами в третий год войны (среднее ежедневное число заболеваний за месяц при среднем ежедневном числе в году, принятом за 100).

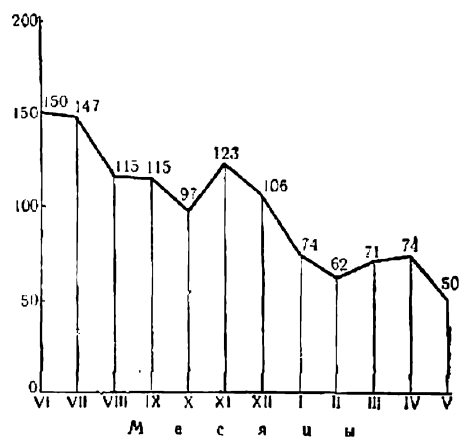


Рис. 10. Заболеваемость пиодермитами в четвертый год войны (среднее ежедневное число заболеваний за месяц при среднем ежедневном числе в году, принятом за 100).

Среди технического состава, обслуживающего танки, самолеты и моторы, и среди шоферов большее количество пиодермитов, как показали данные материалов разработки истории болезни, приходится на второй и третий год службы. Это может быть объяснено большим постоянством и большей специфичностью причин, обуславливающих распространение пиодермитов среди технического состава, где на первом месте стоит загрязнение и раздражение кожи горючими и смазочными веществами (бензин, керосин, смазочные масла, эмульсии и т. п.), а также постепенно усиливающимся раздражающим действием последних.

Переходя к вопросам лечения больных гнойничковыми заболеваниями кожи, следует прежде всего остановиться на продолжительности лечения.

Средние сроки лечения по всей группе гнойничковых заболеваний, снижаясь из года в год (30,1 койко-дня в первый год, 27,8 — во второй, 25,7 — в третий), достигли на протяжении четвертого года войны 24,5 койко-дня при средней продолжительности за все 4 года войны в 26,5 койко-дня.

Еще отчетливее проявляется неуклонное уменьшение сроков лечения гнойничковых заболеваний при анализе длительности лечения наиболее упорных и хронических форм пиодермитов (табл. 11).

Таблица 11

Продолжительность лечения больных с некоторыми формами пиодермитов (в днях)

Название болезни \ Год войны	Первый	Второй	Третий	Четвертый	За всю войну
Фурункулез	29,6	29,2	27,3	25,1	27,6
Гидраденит	30,5	29,4	26,0	26,0	27,6
Сикоз	40,2	34,2	35,5	30,5	34,8
Эктимы	39,9	35,9	31,3	24,6	31,9
Хроническая диффузная стрептодермия и микробная экзема . .	38,1	32,9	33,7	31,9	32,7
Хронические язвы голени	43,1	40,7	40,9	45,9	41,9

Неуклонное снижение длительности лечения пиодермитов к четвертому году войны явилось результатом организации на всех фронтах и в армиях специализированных госпиталей, укомплектованных квалифицированными врачебными кадрами, что приблизило специализированную помощь к войскам.

Приведенные сроки лечения пиодермитов в годы войны приближаются к срокам лечения гнойничковых заболеваний в мирное время; они значительно короче сроков лечения пиодермитов в прошлые войны; по данным Л. И. Эрлиха, в русско-японскую войну 1904—1905 гг. сроки лечения фурункулов и импетиго равнялись в среднем 50—85 дням. Более детальное изучение длительности лечения гнойничковых заболеваний показывает, что 74,0% больных пиодермитами были излечены в сроки до 1 месяца, 18,8% — до 2 месяцев и 7,2% — в сроки свыше 2 месяцев. Если принять во внимание, что, согласно материалам разработки историй болезней, у 54,9% больных пиодермитами имелись глубокие и хронические формы, то указанные сроки лечения следует признать небольшими.

Таблица 12

Распределение больных отдельными формами пиодермитов по срокам лечения (в процентах)

Название болезни \ Длительность лечения	До 10 дней	10—30 дней	1—2 месяца	Свыше 2 месяцев	Всего
Фурункулы и карбункулы	52,3	38,4	9,3	—	100,0
Фурункулез	24,5	48,0	19,8	7,7	100,0
Эктимы	16,8	50,7	20,2	12,3	100,0
Хроническая диффузная стрептодермия	17,1	48,8	22,6	11,5	100,0
Микробная экзема	17,7	52,0	19,5	10,8	100,0
Хронические пиококковые язвы голени	9,1	30,6	31,9	28,4	100,0

Анализ сроков лечения по отдельным клиническим формам пиодермитов (табл. 12) вполне подтверждает это.

Значительную роль в длительности лечения больных пиодермитами играли сроки поступления больных в госпиталь от начала заболевания (табл. 13).

Таблица 13

Распределение больных пиодермитами по времени госпитализации от начала заболевания (в процентах)

Время госпитализации Название болезни	До 5 дней	6-10 дней	11-20 дней	21-30 дней	1-2 ме- сяца	2-3 ме- сяца	Итого
Гидрадениты	24,6	28,4	18,0	13,0	8,0	8,0	100,0
Фурункулез	20,4	17,4	17,1	14,7	13,2	17,2	100,0
Импетиго	13,0	15,2	21,2	19,3	17,9	13,4	100,0
Эктимы	7,3	7,8	16,0	14,5	15,0	39,4	100,0
Диффузная хроническая стрепто- дермия и микробная экзема . . .	7,0	8,8	11,2	13,6	16,4	43,0	100,0
Хронические пиококковые язвы го- леней	8,1	7,1	7,6	12,9	16,7	47,6	100,0

Как показывают данные отчетов, основной причиной относительно поздней госпитализации являлось нежелание больных в условиях действующей армии покидать часть при наличии нерезко выраженных форм гнойничковых заболеваний, что приводило к диссеминации процесса и требовало более длительных сроков лечения.

В войсковом районе (в ДМП) госпитализировалось лишь небольшое количество (4,6%), преимущественно больных острыми формами гнойничковых заболеваний с короткими сроками лечения.

В армейском и фронтовом районе лечилось почти одинаковое количество больных пиодермитами (34,7 и 35,0%), что объясняется задержкой большинства больных войскового и армейского района в армейских госпиталях. Во фронтовой район из армейского эвакуировались только больные, нуждавшиеся в специальных методах лечения (в частности, в рентгенотерапии) и длительных сроках его (свыше 1—2 месяцев). Большая часть больных пиодермитами во фронтовых госпиталях комплектовалась за счет частей фронтового подчинения. Госпитали тылового района обслуживали в основном больных местных гарнизонов и частично больных и раненых, у которых пиодермиты возникали как сопутствующие заболевания (Я. М. Мариупольский), чем и объясняется меньшее в этих госпиталях по сравнению с армейским и фронтовым районом количество больных гнойничковыми заболеваниями (25,1%). Эвакуация больных пиодермитами из района действующей армии в тыловой район была крайне незначительной и касалась преимущественно больных с хроническими пиококковыми язвами голеней. Это подтверждается табл. 14, показывающей распределение больных отдельными формами пиодермитов по этапам эвакуации, на которых заканчивалось лечение по поводу той или иной формы пиодермита.

Во фронтовом районе было госпитализировано большее количество больных сикозом, эктимами, диффузной стрептодермией, микробной экземой и хроническими пиококковыми язвами голеней, т. е. больных, требовавших для лечения более длительных сроков (свыше 1 месяца).

Таблица 14

Распределение отдельных форм гнойничковых заболеваний по этапам эвакуации
(в процентах к этапам эвакуации)

Этап эвакуации Название болезни	Войско- вой район	Армей- ский район	Фронт- вой район	Внутрен- ний район	Всего
Фолликулиты и фурункулы	7,1	34,5	27,8	30,6	100,0
Фурункулез	5,7	42,7	26,9	24,7	100,0
Гидраденит	7,7	34,7	18,0	38,7	100,0
Сикоз	1,6	24,2	58,1	16,1	100,0
Импетиго	2,4	36,8	41,5	19,5	100,0
Эктимы	1,0	31,5	47,8	19,7	100,0
Хроническая диффузная стрепто- дермия и микробная экзема . . .	1,5	21,0	40,5	37,0	100,0
Фурункулы и карбункулы	4,1	35,7	33,7	26,5	100,0
Хронические пиококковые язвы . .	1,5	21,0	40,5	37,0	100,0

Из числа больных импетиго было госпитализировано во фронтовом районе 41,5%, причем 18,0% из этого числа больных лечились свыше 1 месяца. Такая длительность лечения объясняется поступлением во фронтовой район по преимуществу больных с распространенными, тяжело протекающими формами этого заболевания.

Все приведенные данные показывают, что принцип этапного лечения по отношению к страдавшим гнойничковыми заболеваниями проводился четко и предотвращал необоснованную эвакуацию больных пиодермитами в госпитали тылового района.

Качество лечения гнойничковых заболеваний показывают данные клинических исходов (табл. 15).

Таблица 15

Клинический исход гнойничковых заболеваний по годам войны
(в процентах)

Год войны Клинический исход	Первый	Второй	Третий	Четвер- тый	За всю войну
Выздоровление	72,2	72,4	77,5	79,4	76,3
Улучшение	25,9	26,9	20,8	18,4	22,1
Без перемен	1,9	0,7	1,7	2,2	1,6
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Из табл. 15 видно, что 76,3% всех больных гнойничковыми заболеваниями излечились, а 22,1% были выписаны с улучшением и дальше лечились амбулаторно. Одновременно эта таблица свидетельствует о неуклонном повышении из года в год процента выздоровлений, достигшего на четвертом году войны 79,4. Если учесть, что более половины госпитализированных по поводу кожных заболеваний составляли больные с глубокими и хроническими формами пиодермитов, то процент этот следует считать весьма высоким.

Таблица 14

Распределение отдельных форм гнойничковых заболеваний по этапам эвакуации
(в процентах к этапам эвакуации)

Этап эвакуации Название болезни	Войско- вой район	Армей- ский район	Фронт- вой район	Внутрен- ний район	Всего
Фолликулиты и фурункулы	7,1	34,5	27,8	39,6	100,0
Фурункулез	5,7	42,7	26,9	24,7	100,0
Гидраденит	7,7	34,7	18,9	38,7	100,0
Сякоз	1,6	24,2	58,1	16,1	100,0
Импетиго	2,4	36,6	41,5	19,5	100,0
Эктимы	1,0	31,5	47,8	19,7	100,0
Хроническая диффузная стрепто- дермия и микробная экзема	1,5	21,0	40,5	37,0	100,0
Фурункулы и карбункулы	4,1	35,7	33,7	26,5	100,0
Хронические пиококковые язвы	1,5	21,0	40,5	37,0	100,0

Из числа больных импетиго было госпитализировано во фронтовом районе 41,5%, причем 18,0% из этого числа больных лечились свыше 1 месяца. Такая длительность лечения объясняется поступлением во фронтовой район по преимуществу больных с распространенными, тяжело протекающими формами этого заболевания.

Все приведенные данные показывают, что принцип этапного лечения по отношению к страдавшим гнойничковыми заболеваниями проводился четко и предотвращал необоснованную эвакуацию больных пиодермитами в госпитали тылового района.

Качество лечения гнойничковых заболеваний показывают данные клинических исходов (табл. 15).

Таблица 15

Клинический исход гнойничковых заболеваний по годам войны
(в процентах)

Год войны Клинический исход	Первый	Второй	Третий	Четвер- тый	За всю войну
Выздоровление	72,2	72,4	77,5	79,4	76,3
Улучшение	25,9	26,9	20,8	18,4	22,1
Без перемен	1,9	0,7	1,7	2,2	1,6
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Из табл. 15 видно, что 76,3% всех больных гнойничковыми заболеваниями излечились, а 22,1% были выписаны с улучшением и дальше лечились амбулаторно. Одновременно эта таблица свидетельствует о неуклонном повышении из года в год процента выздоровлений, достигшего на четвертом году войны 79,4. Если учесть, что более половины госпитализированных по поводу кожных заболеваний составляли больные с глубокими и хроническими формами пиодермитов, то процент этот следует считать весьма высоким.

Таблица 16

Распределение больных пиодермитами по клиническим исходам (в процентах)

Клинический исход Название болезни	Выздоровление	Улучшение	Без перемены	Всего
Фолликулиты, фурункулы, карбункулы . .	71,4	27,3	0,8	100,0
Фурункулез	77,5	21,5	1,0	100,0
Гидрадениты	80,9	18,6	0,5	100,0
Сикоз	56,6	37,7	5,7	100,0
Импетиго	81,2	18,0	0,8	100,0
Эктимы	76,0	19,0	5,0	100,0
Диффузная хроническая стрептодермия, микробная экзема	74,9	22,1	3,0	100,0
Хронические пиококковые язвы голени . . .	68,7	23,0	8,3	100,0

Данные табл. 16 вполне подтверждают сказанное выше и, наряду с данными о длительности лечения больных гнойничковыми заболеваниями, свидетельствуют о высоком качестве лечебной помощи кожным больным в лечебных учреждениях Советской Армии в годы Великой Отечественной войны.

Данные разработки историй болезни, опубликованные работы и личные наблюдения показывают, что во время Великой Отечественной войны нередко наблюдалось упорное течение ряда клинических форм гнойничковых заболеваний. Ряд факторов, непосредственно связанных с войной, сыграл здесь немаловажную роль. Постоянное физическое напряжение и переутомление, нерегулярное питание, неизбежно связанное с войной, являлись нередко причиной затяжного течения некоторых клинических форм пиодермитов. Частые длительные переохлаждения кожи, продолжительное пребывание на ногах и длительные переходы создавали весьма неблагоприятные условия кровообращения в коже вообще и нижних конечностей в частности, способствуя наиболее частому возникновению на них пиодермитов и изменяя обычную клиническую картину некоторых форм гнойничковых заболеваний.

В задачу настоящей главы не входит полное описание всех форм гнойничковых заболеваний. В ней излагаются подробно клинические особенности лишь тех форм гнойничковых заболеваний, которые чаще всего встречались во время войны и были связаны в той или иной степени с условиями военного времени.

Стафилококковые заболевания кожи

Остиофолликулиты и фолликулиты чаще носили распространенный характер (в 35,0% всех случаев) и располагались преимущественно на нижних конечностях (30,0%), но клиническое течение их во время войны не отличалось какими-либо особенностями. По материалам историй болезни, фолликулиты в большинстве случаев сочетались с импетиго и фурункулами.

Фолликулиты составляли 13,1% всех пиодермитов. Они чаще наблюдались у военнослужащих, занимавшихся уходом за животными, а также у обслуживавших танки, самолеты и автомашины. В их возникновении во время войны основную роль играла пыль, повышенная потливость, а у лиц, связанных с обслуживанием различных машин, вредное действие на кожу нефтепродуктов. Эти факторы были отмечены как основные еще в мирное время, но во время войны влияние их значительно усилилось. Только 7,1% больных фолликулитами лечились в войсковом районе, остальные больные почти поровну распределялись в армейском, фронтовом и тыловом районе.

Фурункулы составляли 12,7% всех пиодермитов; к четвертому году войны количество их повысилось по сравнению с первым годом на 5%. Фурункулы располагались главным образом на лице и шее (36,5%), а также на нижних конечностях (34,8%). Течение их в 52,3% случаев ограничивалось 10 днями, в 27,3% случаев для их лечения требовалось от 10 до 19 дней и 10,8% больных лечились от 20 до 29 дней.

55,2% больных фурункулами были госпитализированы в сроки до 5 дней, 25,4% — от 6 до 10 дней и 11,4% — в сроки от 11 до 20 дней, что объясняется, повидимому, нежеланием больных из-за фурункула отрываться от части во время напряженной боевой обстановки. Поздняя госпитализация отражалась на длительности лечения. Так, из числа госпитализированных в сроки до 5 дней от начала заболевания было излечено в течение 10 дней 51,6% больных; из поступивших в сроки от 6 до 10 дней — 37,3%, а при госпитализации на 11—20-й день — лишь 24,2%. Изучение историй болезни показывает, что у последней группы больных в результате игнорирования местным фурункулезом, возникший, повидимому, в результате игнорирования больными первого фурункула, позднего обращения за медицинской помощью и обсеменения окружающей здоровой кожи стафилококками вследствие несоблюдения элементарных профилактических мер.

Карбункулы, по данным разработки историй болезни, составляли 2,3% всех пиодермитов, встречаясь чаще вместе с фурункулами. Они наблюдались главным образом у лиц старших возрастов. Удельный вес карбункулов в группе пиодермитов к третьему году войны снизился (второй год — 3,4%, третий год — 1,6%). Карбункулы чаще встречались у кавалеристов и были, повидимому, связаны с загрязнением кожи и трением седлом, одеждой и воротником, на что указывает более частая локализация их на нижних конечностях (40,9%) и на шее (21,4%).

Гидрадениты составляли, по данным разработки историй болезни, 5,2% всех пиодермитов и в половине всех случаев отмечались одновременно с фурункулами. Количество их несколько возросло к третьему году войны. Гидрадениты относительно чаще отмечались среди летного состава, что обуславливалось, повидимому, повышенной потливостью в связи с ношением теплой одежды, и несколько реже у лиц нестроевого состава и у кавалеристов. В последних группах гидрадениты часто возникали после длительно существовавших фурункулов или ограниченного фурункулеза.

Фурункулез. По данным разработки историй болезни, подтверждаемым наблюдениями ряда авторов (С. Е. Горбовицкий, И. Т. Аюпьян и др.), фурункулез в 71,3% имел ограниченный характер и лишь в 26,7% наблюдался в распространенной форме. Согласно тем же данным, заболеваемость фурункулезом составляла 29,5% заболеваемости пиодер-

митами, являясь наиболее частой формой из них; это подтверждают также и материалы медицинских отчетов различных фронтов. Количество больных фурункулезом снизилось с 35,1% в первый год войны до 26,0% к третьему году войны; процент этот повышался с возрастом больных, достигая в старших возрастных группах 39,6 всех пиодермитов.

По данным И. В. Размаинского и медицинского отчета санитарного отдела одного соединения, значительное увеличение фурункулеза в войсковых частях наблюдалось вслед за многокилометровыми переходами. Фурункулез резко преобладал у лиц, занявшихся уходом за животными, составляя 36,2% всех пиодермитов, что подчеркивалось многими авторами и объяснялось загрязнением кожи при чистке лошадей. Наиболее часто ограниченный фурункулез располагался на нижних конечностях, в области поясницы и на шее, что может быть объяснено, помимо ряда других причин, постоянной травматизацией этих участков кожи трением их одеждой.

Средняя длительность лечения больных фурункулезом равнялась 27,6 дня; 24,5% больных излечивались за 10 дней; 48,0% лечились от 10 дней до 1 месяца, что указывает на преобладание острых форм фурункулеза. Довольно значительный процент больных (24,5) лечился свыше 30 дней.

Только 37,8% больных фурункулезом поступали в госпиталь в сроки до 10 дней после начала заболевания, 31,8% — от 10 дней до 1 месяца и 30,4% — в сроки свыше 1 месяца, в том числе 17,5% — позже 2 месяцев после начала заболевания. Эти данные показывают, что больные фурункулезом госпитализировались в основном поздно, и длительное амбулаторное лечение этих больных или отсутствие такового значительно удлинит сроки лечения. Распределение больных фурункулезом по этапам эвакуации приведено выше в табл. 14.

Около половины всех больных фурункулезом было госпитализировано в армейском районе; эвакуация из армейского госпиталя во фронтовой имела место лишь в виде исключения. Фронтовой и тыловой район обслуживали главным образом больных фурункулезом из частей фронтового подчинения и местного гарнизона.

Касаясь особенностей клиники и течения отдельных фурункулов и фурункулеза во время войны, следует отметить нередко наблюдавшееся крайне медленное созревание отдельных фурункулов и образование значительного некроза с последующим выявлением глубокой, очень медленно и вяло гранулирующей и заживающей язвы. Наряду с вялым созреванием и заживлением, наблюдалось в некоторых случаях развитие абсцедирующих фурункулов с образованием глубоких абсцессов величиной до куриного яйца, располагавшихся чаще всего на коже живота и конечностей и, как правило, окруженных широкой зоной гиперемии.

Своеобразное клиническое течение отдельных фурункулов встречалось преимущественно у больных, страдавших хроническим фурункулезом в течение многих месяцев, обычно у лиц старших возрастов, нередко в сочетании с нарушением питания и заболеваниями печени и желудочно-кишечного тракта.

Лечение стафилококковых пиодермитов. В качестве местного лечения поверхностных форм стафилококковых поражений кожи (остеофолликулиты, фолликулиты, сикоз), реже глубоких, особенно широко использовались спиртовые растворы анилиновых красок (бриллиантовая зелень, метиленовая синька, генцианвиолет), прекрасное дезинфицирующее действие которых было установлено еще в довоенные

годы. Местное лечение фурункулов проводилось в большинстве случаев ихтиолом, применявшимся в виде или ихтиоловых лепешек, или мази. Вскрывшиеся фурункулы и карбункулы во многих госпиталях успешно лечили присыпками сульфаниламидных препаратов (стрептоцид, сульфидин), мазями (5—10 % стрептоцидная или сульфидиновая мазь) или эмульсиями, значительно ускорявшими их заживление. В отдельных госпиталях проводилось лечение карбункулов местным применением салициловой кислоты или салицилового натрия до полного отторжения некротических тканей.

Согласно данным Н. Н. Еланского, Б. В. Огнева, А. Н. Рыжих, лечение салициловой кислотой способствует ограничению некроза и более быстрому отторжению некротических тканей.

Из физиотерапевтических методов на всех этапах лечения глубоких форм стафилококковых поражений кожи (фурункулы, гидрадениты, карбункулы) особенно широко и успешно применялось ультрафиолетовое облучение, нередко в комбинации с освещением лампой соллюкса. Реже, главным образом в госпиталях внутреннего района, применялась УВЧ терапия. Согласно данным К. Д. Матиша, широко применявшего этот метод в одном из эвакуогоспиталей, УВЧ терапия оказалась особенно эффективной при лечении начальных форм фурункулов, карбункулов и гидраденитов, вызывая быстрое рассасывание инфильтратов. Сроки лечения гидраденитов сокращались до 8 дней. Рентгенотерапия фурункулов, гидраденитов и карбункулов проводилась лишь в отдельных фронтовых госпиталях и эвакуогоспиталях внутреннего района.

При глубоких формах пиодермитов,ряду с местным лечением, широко применялась на всех этапах и общая терапия. С этой целью использовали разнообразные методы иммунотерапии: анатоксин, стафилофильтрат, стафиловакцину, дифаг. Из неспецифических методов особенно широко проводилась аутогемотерапия, инъекции молока, а также 10% и 20% масляного раствора скипидара.

Г. А. Радовицкий с успехом применял в одном госпитале на протяжении 1½ лет консервированную гемолизированную кровь и считает этот метод эффективнее аутогемотерапии, инъекций молока и скипидара. Несложность техники и наличие консервированной крови на всех этапах позволяют широко применять этот способ лечения. В ряде госпиталей применяли комбинированное лечение. Так, например, в госпиталях двух фронтов лечение дифагом проводилось одновременно с инъекциями 10—20% масляного раствора скипидара, молока или аутокрови. По данным А. Д. Шехтера, лечение дифагом с одновременными инъекциями скипидара сокращало сроки госпитального лечения при местном фурункулезе, карбункулах и гидраденитах до 10,5 дня, а лечение дифагом с инъекцией молока — до 12,2 дня, в то время как при лечении только дифагом или только скипидаром средняя длительность лечения равнялась 19—20 дням.

Из других методов общей терапии глубоких пиодермитов следует указать на лечение сульфаниламидами. Хороший эффект был отмечен при глубоких формах пиодермитов, сопровождавшихся общими явлениями (повышением температуры), а также осложненных лимфангоитом и лимфаденитом. Пенициллинотерапию при глубоких формах пиодермитов стали применять лишь в последний год войны в отдельных фронтовых специализированных госпиталях. Материалы, накопленные за годы Великой Отечественной войны по этому вопросу, благоприятны, но крайне незначительны. Согласно данным историй болезни и медицинских отчетов, пенициллин

применялся преимущественно при хроническом фурункулезе, отдельных фурункулах лица и тяжело протекавших карбункулах.

Широко использовалась витаминотерапия (витамин С, рыбий жир), оказавшаяся особенно полезной при вяло протекающем фурункулезе и других формах стафилококковых поражений кожи.

Стрептококковые заболевания кожи

И м п е т и г о. Как уже указывалось выше, импетиго за 4 года войны составляло в среднем 12,1% всех пиодермитов. Такой высокий процент больных импетиго, потребовавших госпитализации, следует отнести за счет более тяжелого течения в военное время этой в большинстве случаев амбулаторной формы поражения кожи.

В 32,2% случаев импетиго располагалось на нижних конечностях, в 19,6% наблюдалась сочетанная локализация (лицо, шея и верхние конечности), в 18,8% отмечалось импетиго кожи лица и шеи и в 13,2% имела место распространенная форма заболевания. Таким образом, в 38,4% случаев импетиго располагалось на коже лица и шеи, что обуславливалось, повидимому, несоблюдением при бритье обычных правил гигиены. Частая локализация импетиго на нижних конечностях обуславливалась в основном потертостями и мацерацией кожи во время длительных переходов, особенно в летнее время. Большую роль в возникновении импетиго играл и микротравматизм кожи предплечий и особенно тыла кистей у артиллеристов, а также у солдат автодорожных, строительных и инженерных частей.

Средняя длительность лечения больных импетиго за 4 года войны составляла 20,3 дня без резких колебаний по отдельным годам войны. Сравнительно длительное лечение больных импетиго объясняется тем, что среди госпитализированных было около трети с распространенной локализацией заболевания. Крайне часто наблюдалась буллезная форма импетиго, особенно трудно поддающаяся лечению. Наблюдались и клинически своеобразные формы в виде крупных фликтен, окруженных широким кольцом гиперемии, быстро увеличивавшихся в размерах путем периферического роста. В ряде случаев импетиго отличалось более глубоким расположением в эпидермисе и наблюдалось одновременно с поверхностными эктимами, причем границы между этими двумя формами нередко стирались.

М. М. Кузнец связывал своеобразное течение этого кожного поражения в военное время с наличием у больных одновременно заболеваний пищеварительного тракта, приводивших к пониженному питанию и гиповитаминозным состояниям.

Приведенные данные вполне согласуются с данными Л. А. Соболева, отметившего в период гражданской войны своеобразное упорное течение вульгарного импетиго, которое обычно имело распространенную форму. Высыпания возникали повторно на уже заживших участках кожи и отличались от обычных широкой эритематозной каймой вокруг фликтен и значительной отслойкой эпидермиса по периферии. Наряду с фликтенами, возникали крупные пузыри, также окруженные широкой каймой гиперемии с последующей отслойкой эпидермиса далеко за пределы образовавшегося пузыря.

Изложенные данные вполне объясняют сроки лечения больных импетиго в госпиталях: только 32,6% излечивались в сроки до 10 дней (по-видимому, это были обычные легкие формы), 51,7% — в сроки от 10 дней

до 1 месяца и 15,7% — свыше месяца. На длительности лечения больных импетиго отражались и сравнительно поздние сроки их госпитализации.

Распределение больных импетиго по этапам эвакуации также указывает на преобладание тяжелых форм этого заболевания. Так, в войсковом районе было госпитализировано всего 2,4% больных, в армейском — 36,6%, во фронтовом — 41,5% и в тыловом районе — 19,5% больных импетиго. Это показывает, что не только войсковой, но иногда и армейский район не был конечным этапом для больных импетиго. Исходы лечения больных импетиго также говорят об упорном течении этого заболевания во время войны: 16% больных были выписаны на амбулаторное лечение.

Таким образом, импетиго в годы войны отличалось в ряде случаев затяжным течением и своеобразной клинической картиной. Последнее в значительной мере объяснялось пониженным питанием, обусловленным заболеваниями пищеварительного тракта и, в частности, пониженной асимилиацией витаминов.

Эктимы, как об этом можно судить по табл. 9, составляли 4,8% всех случаев пиодермитов. Удельный вес эктим в группе пиодермитов снизился с 5,3% в первый год до 3,7% на протяжении последнего года войны. Эктимы чаще наблюдались у лиц молодых. Они располагались главным образом на нижних конечностях, в особенности на голених (78,6%).

Средняя длительность лечения больных эктимами равнялась 31,9 дня; следует отметить, что она достигала в первый год войны 52,9 дня, затем начала неуклонно снижаться и к последнему году войны снизилась до 24 дней.

В срок до 1 месяца было излечено 67,5% больных эктимами, причем до 20 дней лечилось 41,4% больных. Свыше месяца лечилось 32,5%, из них от 1 до 2 месяцев — 20,2% больных и свыше 2 месяцев — 12,3%. Только 1,0% больных эктимами лечился в войсковом районе, 31,5% лечились в армейском, 47,6% — во фронтовом, остальные — в тыловом районе.

Судя по срокам лечения, в войсковом районе лечились больные с наиболее легкими формами, так как все больные излечивались здесь в сроки до 10 дней. Больные с наиболее затяжными формами эктим были сконцентрированы во фронтовом районе, где около 20% из них лечилось свыше 2 месяцев. Из всех больных эктимами 95% были выписаны выздоровевшими и с улучшением и 5% — без улучшения.

Во время войны встречались своеобразные формы эктим, отличающиеся особой длительностью течения и плохо поддававшиеся лечению. В госпиталях приходилось наблюдать эктимы у больных с нарушенным общим питанием, перенесших в недалеком прошлом какое-либо длительное тяжелое заболевание. У таких больных эктиматозные язвы отличались большими размерами (иногда 3×5 см) и были покрыты толстой слоистой коркой. По снятии корки дно язв имело обычно синюшный цвет, местами с сероватым оттенком; края язвы были значительно приподняты, пастозны; вокруг них наблюдалась довольно широкая кайма гиперемии. Отделяемое язв было обычно жидкое, серозно-гнойное. Такие эктимы нередко встречались одновременно с импетигиновыми элементами или фурункулами. Иногда у этих больных после отторжения некротического стержня фурункулов также открывались глубокие язвы с вялым течением. Обратное развитие эктим у них затягивалось иногда на несколько месяцев. Такое длительное течение нередко обуславливалось и появлением новых эктим.

Н. Я. Синеельников в хирургических госпиталях одного из фронтов наблюдал у раненых эктимы, отличавшиеся крайне вялым течением, для излечения которых требовалось несколько месяцев. Такие эктимы наблюдались преимущественно у тяжело раненых, длительно находившихся в гипсовых повязках, с осложненными переломами костей и общим тяжелым состоянием.

М. М. Кузнец описывает у лиц с пониженным питанием рыхлые и сечные эктимы с руприодной коркой, очень вяло заживавшие. Часть этих эктим, отличавшихся хроническим течением, переходила в дальнейшем в пиококковые язвы.

Многие авторы вообще склонны считать, что эктимы развиваются главным образом у лиц с пониженным питанием. Данные историй болезни и личный наш опыт этого не подтверждают. Преобладание эктим в молодом возрасте у лиц с хорошим питанием при полноценном пищевом рационе говорит против этого. Основными причинами развития обычных эктим были потертости и травмы, загрязнение кожи нижних конечностей при вынужденных во время войны погрешностях в личной гигиене, а также длительное пребывание на ногах в сырой обуви, охлаждение ног, нарушавшее кровообращение и способствовавшее развитию на нижних конечностях глубоких пиодермитов вообще и эктим в частности. Крайне незначительную роль в развитии эктим играли паразитарные зудящие заболевания кожи, что и обуславливало их малый удельный вес в общей массе гнойничковых заболеваний по сравнению с прошлыми войнами и, в частности, с первой мировой войной.

При общем хорошем состоянии и сопротивляемости организма эктимы протекали сравнительно легко, о чем говорит высокий процент (67,5) больных, излеченных в течение первого месяца. Лишь в небольшом количестве случаев эктимы были связаны с нарушением общего состояния и в этих случаях отличались упомянутой выше своеобразной клинической картиной и длительным течением.

Лечение импетиго и эктим. Местное лечение импетиго и эктим заключалось в основном в применении разнообразных дезинфицирующих средств, из которых особенно широко употреблялись сульфаниламидные препараты в форме мазей и паст с 5—10% содержанием стрептоцида, сульфидина, сульфатиазола и дисульфана, а также в виде присыпок и кашицы, приготовлявшихся путем смешивания сульфаниламидов с перекисью водорода.

Благоприятное действие сульфаниламидов вместе с перекисью водорода В. Е. Дембская объясняет усилением бактерицидного действия сульфаниламидов в присутствии кислорода. С. Е. Горбовицкий, М. Я. Герасимов и Е. Ю. Ознобишина отметили особенно хороший эффект кашицы из сульфидина. Довольно широко применялись сульфаниламидные препараты и в форме эмульсий и, в частности, озвученной стрептоцидо-сульфидиновой эмульсии, предложенной Б. М. Соловьевым. Более выраженное бактерицидное действие озвученной эмульсии при наружном применении сульфаниламидов объясняется чрезвычайной их дисперсностью, увеличивающей во много раз поверхность соприкосновения препаратов и облегчающей их всасывание (С. И. Банайтис, Б. М. Соловьев).

В последний год войны на некоторых фронтах довольно широко применялось местное лечение пенициллином в виде примочек и мазей. Применение пенициллиновой мази на вазелине вызывало значительное количество эритемато-везикулезных дерматитов, отличавшихся длительным течением. Сроки лечения при местном применении пенициллина не отличались сколько-нибудь значительно от сроков лечения обычными дезинфицирующими средствами, а в ряде случаев лечение пенициллином оказалось безуспешным.

М. А. Качковский (в N-ском госпитале) испробовал лечение импетиго и эктим грамицидином, однако особого эффекта оно не дало.

В случаях упорного вялого течения импетигиозных и эктиматозных поражений, наряду с местным, применялось и общее лечение, преимущественно в форме неспецифической раздражающей терапии (аутогемотерапия, инъекции молока и т. п.), а также витаминотерапии (витамины С, рыбий жир).

Прочие формы пиодермий

В эту группу включены хронические пиококковые язвы, пиококковый эпидермодермит (хроническая диффузная стрептодермия) и микробная экзема. Все эти формы часто встречались в годы Великой Отечественной войны и отличались подчас необычайным упорством, обусловливавшим длительную госпитализацию больных.

Хронические пиококковые язвы

Хронические пиококковые язвы составляли 5,2% всех пиодермитов (табл. 9), причем на первый год приходилось 19,0% всех язв, на второй — 25,3%, на третий — 39,8% и на последний год войны — 15,9%.

Удельный вес хронических пиококковых язв был особенно высок в более молодых возрастах и несколько ниже в возрасте старше 30 лет. Хронические пиококковые язвы наблюдались исключительно на нижних конечностях: 86% на голеньях, 10% на стопе и 4% на бедре. Язвы располагались на наружной и передней поверхности голени в 60% случаев, на внутренней стороне в 30% и на задней поверхности голени в 10% случаев. 44% язв располагались в нижней трети голени, 42% — в средней трети и 14% в верхней трети голени. Одиночные язвы отмечены в 72% случаев; две язвы и более — в 28%.

Средняя длительность лечения составляла 41,9 дня без особых колебаний по годам войны, причем до месяца лечилось 39,7% больных, до 2 месяцев — 31,9%, свыше 2 месяцев — 28,4%.

Из поступивших в госпиталь до 10 дней от начала заболевания свыше 2 месяцев лечилось 10,3% больных, а из поступивших с давностью заболевания от 1 до 2 месяцев — 37,2% больных.

В соответствии с необходимостью в длительном лечении в войсковом районе лечилось 1,5% больных, в армейском — 21,0%, во фронтовом — 49,5% и в тыловом районе — 37,0%. Наиболее тяжелые больные были сосредоточены во фронтовом районе, где 29,5% больных лечились свыше 2 месяцев, в то время как в армейском районе таких больных было 16,9%.

Исходы лечения были следующие: выписано выздоровевшими 68,7%, с улучшением для последующего лечения амбулаторно — 25,0% и без заметного улучшения — 6,3% больных.

Из всей группы пиодермитов хронические пиококковые язвы более других заслуживают названия дерматозов военного времени, потому что их развитие тесно связано с неблагоприятными факторами войны; в мирное время они наблюдаются как среди гражданского населения, так и среди военнослужащих лишь в исключительно редких случаях.

В годы Великой Отечественной войны хронические пиококковые язвы были выделены советскими авторами из общей группы хронических язв различной этиологии, протекавших по типу трофических. Впервые в этот период отечественные авторы дали точное описание клинической картины этих своеобразных язвенных поражений кожи.

Хронические пиококковые язвы описаны под различными названиями. Так, О. Н. Подвысоцкая называет их хронической пиодермией язвенного типа, Л. Н. Маткяллейсон и М. Т. Бриль — хроническими пиококковыми язвами голени, А. И. Картамышев — язвами голени, П. В. Кожевников описывает их под названием «эктиматозный пиохронит», В. И. Фельдман называет их «язвами военного времени», С. Е. Горбовицкий и Б. С. Калинин — «хронические пиогенные язвы», В. И. Каплун — «эктиматозные язвы».

Следует указать, что в настоящее время еще нет общепринятой классификации хронических язвенных поражений кожи и трактовка этой формы язвенных поражений современными авторами также весьма различна. В то время как одни авторы рассматривают их как совершенно самостоятельную форму заболевания, другие не отделяют их от обычных эктим и трактуют хронические язвы лишь как разновидность последних.

Разработка истории болезни дает возможность описать клиническую картину пиококковых язв и в известной степени выяснить их происхождение.

Как правило, пиококковые язвы возникали первично; их появлению предшествовало довольно обширное и резкое покраснение кожи и ее припухлость; в центре последней происходил распад и возникала язва, формировавшаяся в течение 2—10 дней. Такое начало наблюдалось в 53% случаев. Несколько реже, в 35% случаев, пиококковая язва возникала из первичной фликтены или пустулки. Только в редких случаях хронические пиококковые язвы возникали из хронически протекавших эктим или в результате изъязвления фурункулов (в 6% случаев).

Весьма характерны были резкие боли как при дотрагивании, так и непроизвольные, появлявшиеся уже в первые дни существования язв, а иногда и предшествовавшие их появлению. Эта болезненность обычно сохранялась во все время существования язв.

Развитие язв продолжалось несколько дней или несколько недель. Язвы увеличивались и углублялись. В дальнейшем они в течение недель, а иногда и месяцев мало изменяли свой вид. Язвы имели различную форму: одиночные язвы были неправильно круглой или овальной формы, несколько слившихся язв приобретали почкообразную крупнофестончатую форму.

Величина язв значительно варьировала: от размеров фасоли до пятикопеечной монеты, а в отдельных случаях и гораздо больше — до 10×15 см. Глубина язв также была различной: в одних случаях они достигали глубоких слоев дермы, иногда подкожной клетчатки, т. е. были глубиной в 0,5—1 см, в других же случаях язвы достигали мышц и даже кости.

Весьма характерным в стадии распада являлось дно язвы, покрытое вялыми, безжизненными, крупнозернистыми грануляциями, обычно с синопным оттенком, местами с сероватогрязным налетом. Консистенция дна была тестоватой, отеочной; иногда дно было ровным, но всегда имело застойно-цианотичную окраску. Края язв обычно возвышались над уровнем кожи, были плотноваты наощупь, слегка инфильтрированы, реже мягкие, отеочные, синюшно-красного цвета, круто спускавшиеся к дну язвы, иногда подрывные. Отделяемое язв было обычно обильное, гнойное, жидкое. В описываемой стадии распада корка не образовывалась, что надо считать типичным для деструктивной стадии пиококковой язвы.

Окружающая язву кожа, как правило, вовлекалась в воспалительный процесс и представлялась гиперемизированной, иногда мацерированной; в дальнейшем она нередко была усеяна пустулами (рис. 11, 12 и 13).

Описанная картина наблюдается в деструктивной стадии язвы, как называет ее М. Т. Бриль. Деструктивная стадия преобладает в развитии пиококковых язв и длится несколько месяцев, а иногда даже до 1 года. За

деструктивной стадией, без резкого перехода, наступает стадия обратного развития, менее длительная, но все же продолжающаяся от нескольких недель до $1\frac{1}{2}$ —2 месяцев.

Обратное развитие язвы характеризуется ростом молодых, сочных грануляций и ее эпителизацией. В этой фазе дно язвы заполняется мелкозернистыми грануляциями, иногда пышно покрывающими дно и значительно возвышающимися над уровнем окружающей кожи. Грануляции обычно синюшно-красные, при дотрагивании сильно кровоточат; отделяемое их становится более скудным, обычно серозно-гнойным или серозным. Дно язвы уплотняется, что, повидимому, объясняется усиленным разрастанием соединительной ткани. Края язвы постепенно уплощаются и утрачивают свою подрытость. Воспалительная кайма, обычно шириной в 3—5 см, синевато-красного цвета, исчезала иногда лишь через несколько недель после заживления язвы.

Рубцевание язв идет с периферии к центру. В отдельных случаях, достигнув довольно быстро центральной части язвы, оно задерживалось и в центре оставалась долго не заживавшая маленькая поверхностная язвочка, которая иногда при травме или нерациональном лечении вновь начинала увеличиваться. Но, как правило, оставшийся небольшой дефект покрывался плотно сидящей кровянистой коркой, под которой и заканчивался процесс эпителизации. Заживление язв в случае их множественности происходило неравномерно и неодновременно. Нередко в период заживления имевшихся язв возникали новые.

В период обратного развития язв болезненность значительно уменьшалась, а в период эпителизации сменялась довольно значительным зудом. Рубец, образующийся после заживления пиококковой язвы, соответствовал по величине и форме имевшемуся ранее дефекту кожи. Довольно типична долго остававшаяся синюшная окраска рубца, впоследствии сменявшаяся пигментацией.

Описанная выше клиническая картина хронической пиококковой язвы типична для большинства язв. Клиническая картина язв, приводимая О. Н. Подвысоцкой, Л. Н. Машкиллейсоном, М. Т. Брилем, А. И. Картамышевым, С. Е. Горбовицким и другими авторами, отличается лишь отдельными деталями, что, повидимому, зависит от стадии процесса, которую наблюдал и описал тот или иной автор.



Рис. 11. Хроническая пиококковая язва.

Наиболее типично для хронических пиококковых язв их начало в большинстве случаев с ограниченного, первично возникающего остро-воспалительного инфильтрата или поверхностной пустулы, и значительно реже вторичное развитие хронических язв из эктимы или фурункула.

Следующей их особенностью является отсутствие корок в прогрессивной и стационарной стадии, что резко отличает пиококковые язвы от обычных эктим; корка далеко не всегда образуется и в стадии обратного раз-

вития язвы, иногда ее можно обнаружить лишь перед самым заживлением. И, наконец, характерной особенностью хронических пиококковых язв является возникновение их у лиц молодого возраста (до 30 лет), при отсутствии варикозного расширения вен, встречающегося лишь в единичных случаях, а также болезненность этих язв, возникающая как самостоятельно, так и при пальпации.

Отсутствие варикозного симптомокомплекса, острое возникновение хронических пиококковых язв, отсутствие каллезных краев и склерозированной кожи вокруг язвы отличают хронические пиококковые язвы от язв варикозных.

Патологическая анатомия хронических пиококковых язв изучена М. Т. Брилем, который исследовал язвы в деструктивной и в репаративной стадии.

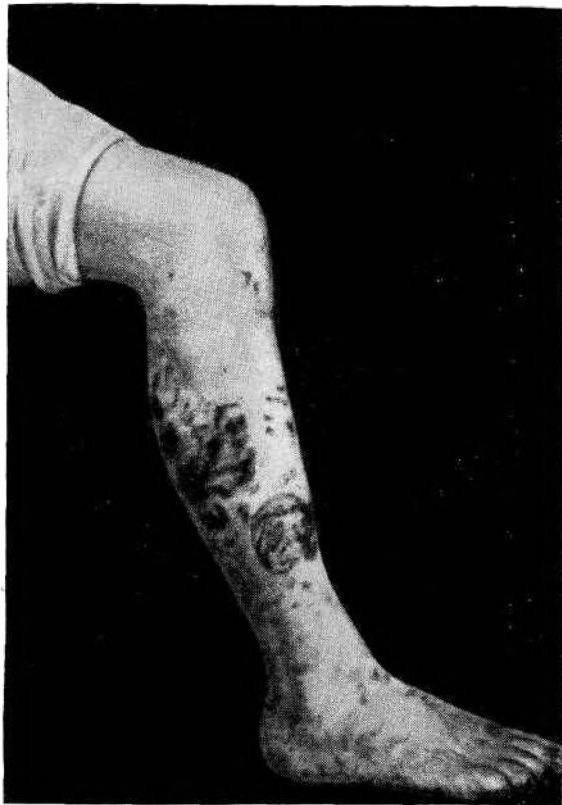


Рис. 12. Хроническая пиококковая язва.

его глубоко вклиниваются в толщу дермы. Местами от эпидермиса отшнуровываются отдельные эпителиальные тяжи.

Клетки шиповидного слоя набухают, ядра их мутны, плохо воспринимают краску. Базальный слой нередко теряет свое нормальное палисадообразное строение, клетки его подчас располагаются хаотично. В основании язвы отмечается мощный лимфопитарный инфильтрат, спускающийся далеко вглубь дермы.

Кроме лимфоцитов, встречаются плазматические клетки, отдельные полинуклеары, изредка моноциты и фибробласты. Такой же инфильтрат обнаруживается и вокруг сосудов. Коллагенные волокна дермы набухают, разволокниются, гиалиново перерождаются, а в районе инфильтрата иногда полностью распадаются. Эластические волокна обнаруживаются только в глубоких слоях дермы. Просвет кровеносных сосудов часто сужен, стенки их утолщены, склерозированы; эндотелий набухает и местами отслаивается в просвет сосудов.

Отмечается ряд дегенеративных изменений со стороны нервных окончаний. Исчезают нервные окончания в эпидермисе. Нервные волокна подходят к базальному слою и дальше стелются параллельно последнему, не проникая в эпидермис. В верхних

В деструктивной стадии эпителий краев язвы представляется гиперплазированным, разрастания

отделах дермы первые волокна имеют форму причудливых завитков, утолщаются и закапчиваются шарообразными издуплениями. Нередко они распадаются на отдельные фрагменты. Местами встречаются первые пучки с перехватами Ранье, варикозностью и вакуолизацией. В сосочковом слое отмечается зернистый распад осевого цилиндра.

В стадии репарации прекращается инфильтрирующий рост эпителия. Клетки базального слоя увеличиваются, вытягиваются, в них отмечается большое количество бурого пигмента и множество митозов, инфильтрат резко изменяется и остается главным образом вокруг сосудов. Меняется и клеточный состав инфильтрата. Он образуется из моноцитов, плазматических и эпителесидных клеток и фибробластов. В дерме отмечается усиленное развитие молодой соединительной ткани. В верхних и средних слоях дермы коллагенные волокна хотя и сохраняют свою набухлость, но хорошо воспринимают окраску. Утолщенные стенок сосудов встречается реже, склероз их исчезает.

Этиология и патогенез. Если микробный характер разбрасываемого язвенного поражения кожи признают все авторы, то вопрос о характере возбудителя до настоящего времени остается открытым. Клинические наблюдения, подтверждающие развитие хронических язвенных поражений из различных форм острых пиодермитов, как стрептококковых, так и стафилококковых, заставляют предположить, что специального микроба, обуславливающего развитие этой формы заболевания, не существует. Согласно данным М. Т. Бриля и Н. В. Плаховой, микрофлора, заселяющая хронические пиогенные язвы, представляет собой ассоциацию микробов, состоящую в большинстве случаев из стрептококка, стафилококка и дифтериеидов. Ведущая роль во многих случаях принадлежит гемолитическому стрептококку, однако во многих случаях господствующим является золотистый стафилококк или дифтериеиды. Следует, однако, полагать, что микробам принадлежит лишь роль разрешающего фактора, в развитии же и течении процесса ведущую роль играют своеобразные изменения почвы, на которой возникают пиококковые язвы.

О. Н. Подвысоцкая, Ф. Н. Гринчар, С. Е. Горбовицкий и др. считают, что в патогенезе хронических язв основное значение имеет нарушение кровообращения в нижних конечностях, весьма часто возникающее в условиях войны и обусловленное длительным охлаждением и влиянием влажности.

А. И. Картамышев и В. Н. Майорский в патогенезе хронических пиококковых язв также придают большое значение неблагоприятным факторам, которые в годы войны сыграли значительную роль в патологии кожи вообще и пиодермитов в частности. У большинства больных с особенно вяло протекавшими язвами авторы отмечали в анамнезе продолжительное пребывание в сырых помещениях, постоянное промачивание ног при отсутствии возможности ежедневно хорошо высушить обувь. Изучение и анализ историй болезни госпитализированных больных с хроническими пиококковыми язвами также позволили установить значительную роль в патогенезе данного заболевания длительных и стойких нарушений кровообращения нижних конечностей, обусловленных переохлаждением, длительным пребыванием в окопах, постоянным промачиванием ног и т. п.

Другой причиной развития хронических пиококковых язв, играющей, по видимому, роль способствующего фактора, являлись ушибы и более тяжелые травмы; по нашим данным, фактор этот отмечен в 22,0% всех случаев пиококковых язв. Согласно данным С. Е. Горбовицкого и Б. С. Калпнера, травмы и ушибы предшествовали появлению хронических пиококковых язв в 75%, а по данным Я. М. Мариупольского — в 51%.

Изложенное позволяет заключить, что в патогенезе хронических пиококковых язв основным фактором является, повидимому, нарушение кровообращения, обусловленное длительным воздействием на сосудисто-нервный аппарат кожи холодовых факторов различной интенсивности.

Однако, наряду с этим, нельзя не учитывать и некоторых эндогенных влияний. Еще Л. А. Соболев в годы гражданской войны отмечал частый переход обычных эким в хронические, долго не заживающие язвы и первичное возникновение таких язв у лиц с нарушенным питанием. Аналогичные наблюдения в годы Великой Отечественной войны приводит М. М. Кузнец, отметивший явления гиповитаминоза у ряда больных с хроническими пиококковыми язвами. Л. В. Штамова наблюдала появление глубоких язв у больных с выраженными авитаминозами; эти язвы достигали 5—6 см в диаметре, имели выраженный геморрагический ободок, серовато-геморрагическое отделяемое и протекали чрезвычайно вяло. И. Х. Сухенко, изучавший витаминный баланс при наличии хронических пиококковых язв, обнаружил у ряда больных значительный дефицит витамина С и отметил более быстрое заживление язв при назначении витамина С.

Приведенные факты позволяют предполагать, что в патогенезе хронических пиококковых язв, помимо длительного влияния на нервно-сосудистый аппарат кожи холодового фактора, в части случаев имело значение предварительное изменение проницаемости стенок сосудов и нарушение трофики тканей, обусловленное гиповитаминозным состоянием. Такая трактовка сущности патогенеза хронических пиококковых язв определяет не ведущую, а лишь разрешающую роль инфекции и в связи с этим возможность развития хронических язвенных поражений не только первично, но и вторично из вульгарных эким или фурункулов. Становится понятной редкость этого заболевания в мирное время и участие его в годы войны.

В заключение следует указать, что хронические пиококковые язвы, повидимому, наблюдались и в прошлые войны, но, ввиду того что их этиология и патогенез не были изучены, их не выделяли в особую форму поражений кожи.

Лишь в годы Великой Отечественной войны советские дерматологи изучили клинику, этиологию, патогенез и терапию хронических пиококковых язв и выделили их как самостоятельную нозологическую форму.

Л е ч е н и е. Для лечения хронических пиококковых язв в годы войны применялись чрезвычайно разнообразные методы и средства. Однако все они были подчинены единому плану, который может быть разделен на два этапа.

На первом этапе, имевшем в виду ликвидацию инфекции, применялись разнообразные дезинфицирующие и бактерицидные средства, на втором этапе — стимулирующие средства, способствующие росту грануляций и последующему рубцеванию.

Среди разнообразных средств, применявшихся для ликвидации инфекции, особенно широко представлены сульфаниламидные препараты чаще в форме присыпок (сульфидин, белый стрептоцид), мазей и эмульсий, реже в форме кашицы из белого стрептоцида с перекисью водорода. Согласно данным ряда авторов, сульфаниламидные препараты, применяемые в деструктивном периоде, быстро ликвидируя микробную флору, способствуют отторжению некротических масс и появлению свежих грануляций, однако, применять их следует не более 10—15 дней, так как дальнейшее их применение обычно ведет к задержке регенеративных процессов.



Рис. 13. Хроническая пиококковая язва.
(Художник С. А. Моисеева.)

М. Т. Бриль полагает, что длительное применение антисептиков любого характера действует угнетающе на рост и размножение клеток.

Кроме сульфаниламидов, широко применяли и другие дезинфицирующие средства: ксероформ, дерматол, ртутные препараты, деготь, ихтиол, мазь Вишневского и др., действие которых было достаточно эффективным, но кратковременным.

Наряду с указанными средствами, рядом авторов были испытаны и антибиотики — пенициллин и грамицидин. Пенициллин, согласно данным В. А. Медзыховской, применялся в виде примочек (20 000 МЕ в 20 см³ дистиллированной воды), сменяемых 4—5 раз в сутки, или в виде мази, содержащей 1 000 МЕ на 1,0 вазелина и накладываемой один раз в сутки. Согласно данным автора, в течение 10—25 дней отмечалось уменьшение экссудации и воспалительных явлений, рост молодых грануляций и краевая эпителизация, однако длительное применение пенициллина задерживало репарацию тканей, угнетая процесс гранулирования и эпителизации.

Грамицидин применяли в форме примочек, сменяемых 2—3 раза в день. Согласно данным ряда авторов, он также давал вначале хороший, но кратковременный эффект.

Н. Б. Плахова, В. А. Медзыховская и В. К. Матусек испытали при лечении хронических пиококковых язв фитонциды чеснока, применявшиеся ими в виде сока или кашицы из растертого в ступке чеснока; кашица наносилась на язву на 15 минут; сок же чеснока, разведенный в 10 раз физиологическим раствором, накладывали на язву в форме примочки, сменявшейся один раз в сутки. Кашица из чеснока усиливала воспалительные явления и тормозила регенеративные процессы, сок же чеснока оказывал хорошее терапевтическое действие, освобождая язву от основной пиогеной микрофлоры и усиливая регенеративную способность тканей.

Местные стимулирующие методы и средства, применявшиеся на втором этапе лечения хронических пиококковых язв для повышения регенеративной способности тканей, также были крайне разнообразны. Среди них можно отметить биопрепараты (эмбриональная мазь, гемоллизированная кровь и др.), физические методы (торфолечение, парафинолечение, грязелечение, ультрафиолетовое облучение, соллюкс), а также особенно широко применявшиеся различного вида окклюзионные повязки.

Эмбриональная мазь Гольдберга, испытанная самим автором и В. А. Лапшиной, состоит из растертых в ступке эмбрионов различных животных: 15,0% эмбриональной массы смешивают с вазелином, к которому добавляют 0,3—0,5% ксероформа или красного стрептоцида. Стимулирующее действие мази связано с трепонами и протеазами, которыми богат эмбриональный материал. В эмбриональном экстракте в большом количестве содержится также глутатион, который, возможно, усиливает окислительно-восстановительные процессы, стимулирующие рост и клеточное деление. С эмбриональным соком клеточным элементам язвы доставляются протеазы и полипептиды, используемые для пролиферации грануляционной ткани.

Согласно данным В. А. Лапшиной, лечившей этой мазью 24 больных, в 13 случаях был получен положительный результат.

Как уже указывалось, наиболее широкое применение во время Великой Отечественной войны имели так называемые окклюзионные методы лечения пиококковых язв. К ним относятся наложение лейкопласта, цинк-желатиновая и гипсовая повязки. Особенно широко и с хорошим результатом применялся лейкопласт, который черепицеобразно накладывали на язву после обработки ее перекисью водорода. Лейкопласт меняли через 5—6 дней, а при обильной экссудации — 2—3 раза в неделю. Лейкопласт

применялся и в модификации Б. В. Огнева, с наложением на язву поверх пластыря ватной прокладки.

Наряду с лейкопластом, широко использовали и гипсовые повязки, обеспечивавшие язве наибольший покой и защиту от внешних воздействий. Значительно реже применялись цинк-желатиновые повязки. Повязки, в зависимости от состояния язвы, количества и качества отделяемого, сменяли в сроки от нескольких дней до 2 и даже 3 недель. Под влиянием этих повязок довольно быстро ослабевали боли, спадал отек, появлялись сочные, живые грануляции, и язвы заживали, в зависимости от величины и давности существования, в сроки от 15—20 до 30—50 дней.

В ряде случаев при лечении хронических пиококковых язв применялась как местная, так и поясничная новокаиновая блокада. По данным историй болезни и нашим наблюдениям, новокаиновая блокада, применяемая как циркулярно, так и под основание язвы, давала в ряде случаев хороший эффект: уменьшались боли, оживлялись грануляции, но эффект не всегда был стойким.

Как в войсковом, так и в армейском и фронтовом районе при лечении хронических пиококковых язв была широко использована физиотерапия. Облучение кварцевой лампой и соллюксом в ряде случаев ускорило эпителизацию язв и уменьшало болезненность.

В единичных случаях применялась подсадка кожи по Филатову, пересадка кожи и иссечение язв. Наряду с местной терапией, в большинстве случаев применялось и общее стимулирующее лечение, главным образом в форме неспецифической раздражающей терапии: аутогемотерапии, инъекций консервированной гемолизированной крови, молока, а в отдельных случаях и переливаний крови по 100—150 см³.

Ряд авторов отметил хороший стимулирующий эффект после применения антиретикулярной цитотоксической сыворотки Богомольца (АЦС). Широко и с успехом использовалась при лечении хронических пиококковых язв и витаминотерапия (витамин С, рыбий жир).

Разнообразный количественно и качественно материал отдельных авторов и данные историй болезни не позволяют дать сравнительную оценку эффективности отдельных методов лечения. Однако местное стимулирующее лечение глухими повязками (лейкопласт, гипсовая, цинк-желатиновая повязка) в сочетании с общим лечением (витаминотерапия, антиретикулярная цитотоксическая сыворотка Богомольца) является наиболее рациональным и патогенетически наиболее обоснованным методом лечения хронических пиококковых язв.

Вопрос о значении предварительного дезинфицирующего лечения нельзя считать окончательно разрешенным: его следует считать желательным, но не всегда (например, при длительно существующих язвах) абсолютно необходимым. Однако такое лечение, в частности, применение сульфаниламидных препаратов и даже пенициллина, должно быть лишь кратковременным.

Пиококковый эпидермодермит (хроническая диффузная стрептодермия) и микробная экзема

Вопрос о существовании поверхностных хронических пиококковых (стрептококковых) поражений кожи и их взаимоотношении с экземой окончательно еще не решен.

Возникший в годы первой мировой войны в результате изучения околограневых поражений кожи вопрос о хронических поверхностных пиококковых поражениях кожи, могущих, как это было установлено впослед-

ствии, развиваться и первично, вне связи с ранением, был особенно подробно изучен в период между первой и второй мировой войной советскими дерматологами.

В результате этих исследований большинство дерматологов признало хронические поверхностные пиококковые поражения кожи самостоятельным заболеванием и выделило их основную форму, описываемую отдельными авторами под различными названиями (хроническая диффузная стрептодермия — М. Г. Мгебров, пиококковый эпидермодермит — А. М. Кричевский, эксфолиативная стрептодермия — Н. Н. Яснитский и т. д.). Лишь немногие дерматологи еще до настоящего времени относят это поражение к группе экзем, трактуя его как микробную экзему.

Следует, однако, указать, что большинство дерматологов, признавших хронические пиококковые (стрептококковые или стрепто-стафилококковые) поражения кожи самостоятельными, не отрицает в то же время и существования микробных экзем. Они понимают под микробными экземами вторично возникающую экзематизацию пиогенных процессов, чаще всего тех же хронических стрептококковых поражений кожи, а также и вульгарного импетиго. Такая трактовка понятия микробной экземы не является новой и соответствует старому понятию так называемой импетигиозной экземы (Г. Кюзель и др.).

Причиной микробных экзем большинство авторов считает постепенно развивающуюся сенсибилизацию кожи к продуктам распада микробов или белка, обусловленную длительным существованием основного пиогенного поражения.

Мы не даем здесь подробного описания клинической картины разбираемых заболеваний, приводимой в главе «Околораневые поражения кожи», и ограничиваемся лишь краткой характеристикой основных клинических черт этих форм заболеваний, придерживаясь точки зрения большинства советских дерматологов, рассматривающих хроническую стрептодермию и микробную экзему как два клинически и патогенетически различных заболевания.

Хроническая диффузная стрептодермия¹ характеризуется вначале высыпанием плоских, слабо напряженных фликтен, постепенно сливающихся в образующих различной величины очаги поражения с крупно-фестончатыми очертаниями, резко отграниченные от окружающей здоровой кожи и имеющие склонность к постепенному периферическому росту.

На высоте развития болезненного процесса кожа представляется слегка отечной или инфильтрированной, гиперемизированной, с синюшным оттенком, особенно выраженным на нижних конечностях. Поверхность очага поражения покрыта пластинчатыми корками коричневатого или желто-зеленого цвета. Между корками и под ними обнаруживается сплошная мокнущая поверхность с густым серозным или серозно-гнойным экссудатом. Весь очаг поражения окружен по периферии белесоватой каемкой отслаивающегося эпидермиса. Очаг поражения может достичь значительных размеров, постепенно увеличиваясь путем периферического роста (рис. 14, 15 и 16).

По мере стихания процесса пораженный участок становится все более сухим, и корки сменяются крупнопластинчатым шелушением. Склонность к обострениям и рецидивам обуславливает длительное хроническое течение заболевания.

¹ Этот термин будет применяться в дальнейшем ввиду того, что он чаще других встречался в разобранных историях болезни.

Для хронической диффузной стрептодермии наиболее типично расположение ее на коже голени, особенно у лиц с выраженным расширением вен, однако нередко она встречается и на других участках кожи (верхние конечности, волосистая часть головы).

При хронической стрептодермии, так же как и при некоторых других формах пиодермий, иногда наблюдаются распространенные, так



Рис. 14. Хроническая диффузная стрептодермия.

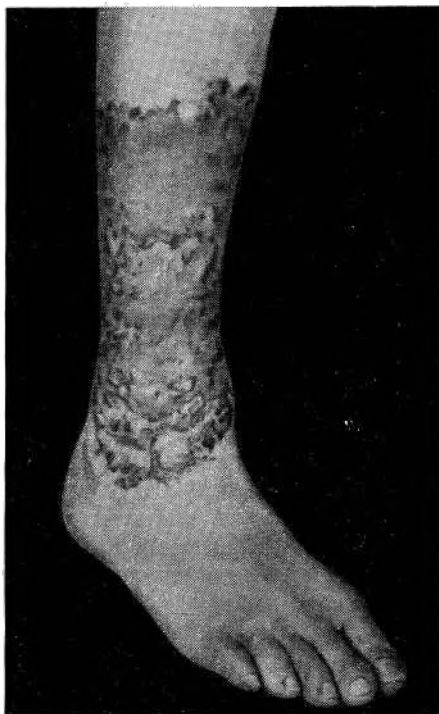


Рис. 15. Хроническая диффузная стрептодермия.

называемые вторичные сыпи в форме пиоаллергидов или экзематидов. Обе эти формы подробно описаны в главе «Околораневые поражения кожи».

Микробная экзема, возникающая из пиогенного очага и сохраняющая до известной степени черты основного поражения, как бы наслаивает на основной очаг морфологические особенности экзематозного характера.

Так, при длительном существовании хронической диффузной стрептодермии прежде всего постепенно изменяется характер мокнутия: вместо диффузного мокнутия на равномерно окрашенном участке кожи появляется точечное мокнутие из «экзематозных колодцев». Количество слоистых корок постепенно уменьшается, и спустя некоторое время весь пораженный участок покрывается микроэрозиями и микрокорочками и только местами видны крупные эрозии или слоистые корки, напоминающие морфологическую картину первоначального очага (рис. 17, 18 и 19).



Рис. 16. Хроническая диффузная стрептодермия.
(Художник Л. В. Орлова.)

Контуры поражения сохраняют свой прежний вид. Резкие крупнофестончатые края окаймлены венчиком отслаивающегося эпидермиса, свободный край которого обращен к центру. Весь пораженный участок в остром периоде отечен, а при длительном существовании инфильтрирован, причем интенсивность инфильтрата соответствует давности процесса. Поражение чаще бывает односторонним, однако при длительном существовании на симметричных участках нередко появляются экзематозные очаги, обычно меньших размеров.

Иногда при наличии длительно существующего очага микробной экземы, особенно при обострении последнего под влиянием нерациональной терапии или других раздражающих факторов, появляются острые высыпания в виде эритематозных, папулезных или папуло-везикулезных элементов, чаще на открытых местах — на лице и кистях рук. Эти сыпи исчезают даже без лечения при улучшении процесса в основном очаге. У некоторых больных такие высыпания возникают повторно, причем каждый раз они бывают симметричны, более продолжительны и обширны.

На некоторых участках сыпь принимает микровезикулезный характер, постепенно развиваются добавочные симметрично расположенные очаги экземы, обычно не имеющие резких границ. Количество этих добавочных очагов постепенно увеличивается. Меняется картина и в основном очаге, который утрачивает свои резко очерченные крупнофестончатые края за счет появления по периферии новых микровезикул. Границы основного очага становятся расплывчатыми и постепенно переходят в окружающую здоровую кожу. В подобных случаях микробная экзема утрачивает свои характерные черты и развивается клиническая картина так называемой истинной экземы с присущей ей распространенностью, симметричностью высыпаний и склонностью к рецидивам.

Аналогичная клиническая картина наблюдается при развитии микробной экземы и из других форм пиогенных заболеваний, в частности, вульгарного импетиго.

Изучение хронической стрептодермии и микробной экземы по материалам историй болезни встретило большие затруднения. Отсутствие единого взгляда на клиническую сущность разбираемых заболеваний сказалось и на трактовке их дерматологами, работавшими в военных госпиталях. В то время как одни врачи четко разграничивали обе фазы заболеваний, другие группировали все случаи под общим диагнозом микробной экземы.



Рис. 17. Микробная экзема.

Подробное изучение и анализ историй болезни все же позволили относительно точно разделить обе формы заболеваний и получить приведенные ниже цифровые данные. Согласно последним, хроническая диффузная стрептодермия составляла 5,2% всей группы пиодермитов. Ее удельный вес особенно высок в старшей возрастной группе, где это заболевание составляло 7,7% всех гнойничковых заболеваний.

В 43,8% хроническая диффузная стрептодермия располагалась исключительно на голенях, в 35,3% она наблюдалась одновременно

на голенях и верхних конечностях или на волосистой части головы. В ряде случаев такого сочетанного расположения наблюдалось поражение кожных складок, преимущественно пахово-бедренных и подмышечных впадин, протекавшее по типу так называемой интертригиозной стрептодермии. Клинически эта форма поражения характеризовалась покраснением кожи и сплошным ссаднением, резко отграниченным от окружающей здоровой кожи узкой каемкой отслаивающегося рогового слоя. С поверхности ссадины отделялся густой серозный экссудат. В глубине складок нередко имелись кровотокающие болезненные трещины. У 15,2% больных наблюдались вторичные реакции в форме пиоаллергидов или экзематидов. Больные микробной экземой, по данным разработки историй болезни, составляли 6,9% всех больных, госпитализированных по поводу



Рис. 18. Микробная экзема.

пиодермитов. Наиболее часто (55,2%) микробная экзема возникала на нижних конечностях, особенно на голени, значительно реже на верхних конечностях, преимущественно на кистях и предплечьях (6,6%). В 18,1% наблюдалась сочетанная локализация (нижние и верхние конечности и лицо), в 10,4% — распространенная, с множественными очагами по всему телу и в 9,7% — другая ограниченная локализация.

Согласно данным историй болезни, чаще всего поводом к развитию хронической диффузной стрептодермии являлись ссадины, потертости и мелкие травмы кожи, а при наличии зудящих заболеваний также и расчесы. Однако, наряду с этим, в подавляющем большинстве случаев, особенно при поражении нижних конечностей, одновременно отмечались и такие моменты, как длительное охлаждение конечностей и влияние влажности, длительное

пребывание на ногах и многокилометровые марши. Если потертости, ссадины, травмы, расчесы и тому подобные нарушения целостности кожи можно рассматривать только как ворота для проникновения инфекции, то остальные воздействия следует расценивать как факторы патогенетического порядка, объясняющие до некоторой степени сложный и еще не изученный механизм возникновения этого своеобразного кожного поражения.

Если учесть, что в мирное время хроническая стрептодермия встречается в подавляющем числе случаев тоже на нижних конечностях, преимущественно у лиц с расширением вен, и сопоставить эти факты с теми причинами, которые отмечались во время войны и были приведены выше, то возникает мысль о ведущей роли в патогенезе хронической стрептодермии нервно-сосудистых расстройств.

Можно предположить, что нарушение кровообращения, вызванное длительным действием указанных выше патологических факторов на нервно-сосудистый аппарат кожи, вызывает местную длительную гипоксию тканей. Наступающее в результате длительной гипоксии нарушение трофики тканей изменяет реактивность кожи и создает условия для развития своеобразной реакции на пиококков, попадающих в кожу при первичной травме. Более сложным и пока неясным является механизм развития вторичной экзематизации и последовательного перехода хронической стрептодермии в микробную экзему. Согласно предположению ряда авторов, переход этот обуславливается постепенно нарастающей сенсibilизацией кожи по отношению или к самим пиококкам, или к продуктам их распада, или к продуктам распада белков.

Следует, однако, указать, что ряд авторов на основании клинических и экспериментальных данных с полным основанием придает основное значение в патогенезе экземы вообще и микробной в частности нервному компоненту. Это не противоречит приведенному предположению о первичной роли нарушения кровообращения в коже. Отрицательное влияние даже относительной гипоксии в первую очередь, как известно, сказывается на нервной ткани, как наиболее дифференцированной и особенно чувствительной даже к незначительным понижениям содержания кислорода. Таким образом, трофические изменения, вызванные нарушением кровообращения с последовательным развитием гипоксии, могут в конечном счете привести к нейротрофическим расстройствам, обуславливающим те изменения реактивности кожи, на фоне которых развивается экзематозный процесс.

Анализ историй болезни больных микробной экземой показывает, что причиной развития заболевания служила не только хроническая диффузная стрептодермия. Поражение микробной экземой кожи лица и кистей рук заставляет предполагать, что основой микробных экзем нередко являлись и другие формы пиогенных поражений кожи, в частности, различные виды импетиго, на упорное течение которых в военное время было указано выше.

При расположении микробной экземы на тыле кистей значительную роль в их развитии, помимо холодового фактора, играло предварительное длительное раздражение кожи горячими жидкостями и смазочными маслами.

Излечение хронической диффузной стрептодермии и микробной экземы требовало длительных сроков. Так, длительность госпитального лечения больных хронической стрептодермией в среднем за все 4 года войны равнялась 33,1 дня, а средняя продолжительность лечения микробных экзем — 31,9 дня. Однако сроки лечения разбираемых форм заболеваний из

года в год снижались. Так, если в первый год войны длительность лечения хронической стрептодермии составила 39,2 дня, а микробных экзем 37,1 дня, то в последний год войны она составляла соответственно 31,4 и 30,9.

Эти данные свидетельствуют о неуклонном совершенствовании методов лечения этих крайне упорных форм кожных заболеваний, что в значительной степени связано с организацией специализированных госпиталей и, в частности, с оборудованием рентгенотерапевтических кабинетов в больницах фронтовых госпиталей, в которых проводилось лечение основной массы этих больных. Длительные сроки лечения отчасти могут быть объяснены и поздней госпитализацией: около 50,0% больных подвергались госпитализации не ранее 2 месяцев от начала заболевания. Суммируя данные клинических исходов по обоим заболеваниям, мы могли отметить полное выздоровление в 74,9%, улучшение — в 22,1% и отсутствие изменений — в 3,0%.

Учитывая крайнее упорство заболеваний, следует признать клинические исходы вполне удовлетворительными и не отличающимися от клинических исходов мирного времени.

Лечение хронической диффузной стрептодермии и микробной экземы. Все отечественные авторы, изучавшие хроническую диффузную стрептодермию, указывали на быстрый терапевтический эффект от применения при этом заболевании дегтярных или серно-дегтярных мазей. Дерматологи, трактующие хроническую стрептодермию как экзематозный процесс и отмечающие возможность быстрого излечения этого заболевания дегтярными мазями, усматривают в этом своеобразную особенность микробной экземы, отличающую ее от истинной экземы.

Это нашло свое отражение и в лечении хронической стрептодермии в годы Великой Отечественной войны в лечебных учреждениях Советской Армии. Большинство больных после кратковременного применения дезинфицирующих и вяжущих примочек переводили на лечение дегтярными или серно-дегтярными мазями и пастами с высокой концентрацией этих препаратов. Во многих случаях успешно применялось местное лечение сульфаниламидами в виде мазей, паст и эмульсий. Назначение индифферентных средств значительно удлиняло сроки лечения.

В упорных случаях хронической стрептодермии и особенно микробной экземы в специализированных госпиталях фронтового района применялась рентгенотерапия, значительно сокращавшая сроки лечения. В специализированных госпиталях армейского района, где применить рентгенотерапию не представлялось возможным, в отдельных случаях с успехом проводилась терапия гиперэрритемными дозами ультрафиолетовых лучей. Наряду с местной терапией, при микробной экземе широко применялась и общая неспецифическая десенсибилизирующая терапия внутривенными вливаниями 10% раствора хлористого кальция, реже гипосульфит-натрия.

Профилактика гнойничковых заболеваний

Ввиду того что возникновение пиодермитов в войсках чаще всего связано с воздействием внешних предрасполагающих факторов и недостаточным соблюдением правил личной гигиены, основное внимание при проведении профилактических мероприятий обращалось на улучшение общих санитарно-гигиенических условий, в особенности на организацию банно-прачечного обслуживания войск. Несомненно, что четкое проведение

этих мероприятий среди бойцов, культурный уровень которых неизмеримо возрос, сыграло основную роль в меньшем по сравнению с прошлыми войнами распространении гнойничковых заболеваний в войсках в годы Великой Отечественной войны.

Наряду с этим, большое внимание обращалось и на привитие бойцам навыков личной гигиены, имеющих во время войны особенно большое значение. Последнее осуществлялось фельдшерами и санитарструкторами путем постоянного инструктажа и наблюдения за бойцами, особенно за только что призванными. Большое значение имела широко проводившаяся в частях санитарно-просветительная работа.

Особое внимание было обращено на борьбу с микротравмами путем тщательной и своевременной их обработки, а по возможности и устранения причин их возникновения. Это мероприятие имело особенно большое значение в специализированных родах войск: авиационных, бронетанковых, в артиллерии. Там, где борьбе с микротравматизмом уделяли должное внимание, удавалось в значительной степени снизить заболеваемость гнойничковыми поражениями кожи. Так, например, по данным В. И. Казакова, в результате настойчивой борьбы с микротравматизмом в ряде частей количество пиодермитов в 1945 г. снизилось по сравнению с 1944 г. на 40,0%.

В тех специализированных частях, где одной из частых причин пиодермитов являлось загрязнение кожи нефтепродуктами, большое значение в борьбе с гнойничковыми заболеваниями имело наблюдение за своевременной сменой и стиркой спецодежды технического персонала и организация регулярных обмываний загрязненных участков кожи после работы.

Так, по данным К. Г. Патканьяна, в одном из соединений в результате частой смены промасленной спецодежды, регулярных обмываний и своевременной обработки микротравм удельный вес гнойничковых заболеваний в группе кожных больных снизился в марте 1945 г. по сравнению с декабрем 1944 г. почти в два раза. По данным В. И. Казакова, проведение тех же мероприятий в одной из танковых частей снизило количество пиодермитов в 1945 г. по сравнению с 1944 г. на 53,0%.

Не меньшую роль в борьбе с гнойничковыми заболеваниями играли и регулярные медицинские осмотры, а также телесные осмотры при прохождении через баню, позволявшие своевременно выявлять и лечить начальные формы гнойничковых заболеваний.

Значительно более трудной является борьба с охлаждением и влиянием сырости, нередко являвшимися, как было указано выше, причиной тяжелых длительных гнойничковых заболеваний кожи (хроническая стрептодермия, пиогенные язвы голени).

Проведение профилактических мероприятий по борьбе с гнойничковыми заболеваниями в войсках действующей армии во время войны представляет большие трудности. Однако опыт Великой Отечественной войны свидетельствует о том, что в Советской Армии они осуществимы и способствуют значительному снижению заболеваемости пиодермитами, являющимися основной группой кожных заболеваний в войсках в условиях военного времени.

ГРИБКОВЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ (ДЕРМАТОМИКОЗЫ)

Под общим названием дерматомикозов объединяется ряд заболеваний кожи и ее придатков (волос, ногтей), вызванных различными видами патогенных грибов. Наиболее обширной и практически важной является группа заболеваний, вызываемых так называемыми нитчатыми грибами, гифомицетами.

Основными представителями этой группы заболеваний являются: трихофития, микроспория, парша и эпидермофития.

Крайне высокая жизнеспособность патогенных грибов, которые могут сохранять вирулентность вне кожи человека и животного, в чешуйках и волосах на протяжении многих месяцев и даже лет, обуславливает возможность не только прямого заражения от больного человека и больных животных (кошек, собак, лошадей, телят, коров, крыс, мышей и др.), но и косвенного контактного заражения. Таким образом создаются весьма разнообразные и еще далеко не полностью изученные эпидемиологические условия распространения грибковых заболеваний как среди населения, так и в войсках. Этому способствует и хроническое течение отдельных форм грибковых заболеваний, нередко мало или совсем не беспокоящих больного, как, например, хроническая трихофития волосистой части головы и поражения ногтей.

Резервуаром вируса грибковых заболеваний является больной человек или животное. Возбудители дерматомикозов многих животных являются наиболее вирулентными для человека. Вопрос о том, откуда попадает грибок на человека и животное, где его первоначальный источник, до сих пор остается неразрешенным. Эпидемиологические наблюдения ряда авторов позволяют предполагать, что грибки попадают из внешней природы, из почвы, заражая животных без видимого контакта с больным человеком или больными животными.

Пути и способы распространения грибковых заболеваний особенно разнообразны в случаях косвенного контакта. Наиболее опасны в этом отношении различные предметы, с которыми тесно соприкасаются больные. На головных уборах, фуражках, шапках, верхней одежде, шинелях, полушубках, носках и портянках больных, так же как и на постельном белье, могут быть обнаружены чешуйки и волоски, содержащие споры грибка. Опасны в отношении возможной передачи грибковых заболеваний гребенки, кисточки для бритья, особенно же машинки для стрижки волос. Известны целые эпидемии грибковых заболеваний (трихофития), в распространении которых основную роль играли парикмахерские. Распространению грибковых заболеваний могут способствовать и неблагоустроенные прачечные, бани, душевые, купальные бассейны, роль которых особенно велика в распространении эпидермофитии.

Приведенными примерами отнюдь не исчерпываются все пути и способы распространения грибковых заболеваний, нередко отличающиеся крайним разнообразием.

Война, вызывая значительное передвижение людских масс, ухудшение жилищно-санитарных условий и более тесный контакт не только с людьми, но и с животными, может являться фактором, способствующим распространению грибковых заболеваний как среди населения, так и в войсках. Вместе с тем миграция населения может обусловить появление новых разновидностей дерматомикозов путем запаса грибов, не свойственных данной стране или области, в которых в мирное время, как правило, наблюдается более или менее определенная грибковая флора.

В этом аспекте следует учитывать и доказанную за последние годы, особенно советскими микологами (И. Н. Кашкин, А. М. Ариевич, А. Н. Аравийский и др.), широкую возможность изменчивости дерматофитов под влиянием разнообразных внешних условий. Природные условия, сухость и влажность климата, сезоны года, согласно данным И. Н. Кашкина, существенно отражаются на жизнеспособности грибов и их активности. Большое значение в патогенезе ряда грибковых заболеваний имеет и организм. Общее состояние больного, условия его быта и питания, характер секреции его кожи и ряд других факторов нередко определяют течение и исход заболевания.

История прошлых войн, в частности, первой мировой войны, иллюстрирует изложенное выше.

Так, в германской армии, по свидетельству ряда авторов и по данным санитарного отчета, в последние годы войны (1917—1918) наблюдалась эпидемия трихофитии, протекавшая в основном в форме паразитарного сикоза. Достаточно указать, что в одном из госпиталей с февраля по апрель 1918 г. из 2 889 кожных больных у 1 233, или у 42,3%, имелись грибковые заболевания. Позже грибковые заболевания получили широкое распространение и среди гражданского населения. По мнению большинства немецких врачей, грибковые заболевания были занесены из Франции и распространялись главным образом парикмахерскими. Интересно, что возбудителями трихофитии явились в основном *Trichophyton rosaceum* и *Trichophyton gypsum granulosum*, хорошо известные во Франции, но не встречавшиеся до войны в Германии, в то время как *Trichophyton gypsum asteroides*, наиболее частый возбудитель трихофитии в Германии в мирное время, встречался крайне редко.

Аналогичные эпидемии, также, повидимому, занесенные из Франции, наблюдались в Бельгии и в ряде других стран. Во французской армии, согласно данным Тибьержа, в годы войны эпидемического распространения грибковых заболеваний не отмечалось. Лишь в кавалерийских частях и артиллерии наблюдалось некоторое увеличение больных трихофитией, тоже преимущественно в форме паразитарного сикоза, вызванное лошадьми, больными трихофитией.

Точных сведений о распространении грибковых заболеваний в русской армии в годы первой мировой войны не имеется. Судя по данным В. В. Иванова и других авторов, эпидемического распространения их не наблюдалось; отмечались лишь эпизодические случаи парши, которой больные страдали еще до военной службы. Большинство таких больных было эвакуировано в тыл для длительного лечения в лазаретах. После первой мировой войны и гражданской войны в Советском Союзе, как и в других странах, наблюдалось значительное увеличение грибковых заболеваний среди гражданского, по преимуществу детского, населения. В те годы особенно резко увеличилось количество грибковых заболеваний на Украине, где грибковые заболевания волосистой части головы принимали характер социального бедствия.

Однако работа практических и научно-исследовательских медицинских учреждений в условиях непрерывного роста материального

благосостояния и повышения культурного уровня населения привела к быстрому и резкому снижению грибковых заболеваний в Советском Союзе.

Так, заболеваемость школьников в отдельных школах Москвы составляла, по данным Г. О. Сутеева, в 1915 г. 15,0%, а в 1938 г., по данным А. М. Ариевича, она снизилась до 0,3%. Особенно резкое снижение грибковых заболеваний отмечалось в Казахстане, Киргизии, Туркмении и ряде других союзных республик, где в дореволюционные годы грибковые заболевания были широко распространены.

В довоенные годы в войсках Советской Армии грибковые заболевания (за исключением эпидермофитии, о которой говорится в специальном разделе) обнаруживались крайне редко, преимущественно у призывников, страдавших этим заболеванием еще до военной службы. Крайне редко отмечались небольшие вспышки трихофитии или микроспории, обусловленные преимущественно поступлением в часть зараженных этими заболеваниями лошадей. Так, например, М. И. Левин и Т. М. Кокушина наблюдали (1940) в одной из кавалерийских частей небольшую эпидемию микроспории, вызванную крайне редким дерматофитом *Microsporon equi*, переданным от больных лошадей.

В годы Великой Отечественной войны, обусловившей значительное передвижение населения и создавшей ряд других неблагоприятных условий, отмечался рост грибковых заболеваний среди гражданского населения и появление в различных областях новых микозов, вызванных грибами, повидимому, завезенными из других стран.

Так, по данным А. М. Ариевича, М. И. Кожевниковой и В. И. Пентковской, в Москве и Московской области в военные годы стал значительно чаще выявляться грибок *Trichophyton gypseum*. Наряду с этим, авторам удалось выделить в ряде случаев (1944) культуры весьма редких для СССР возбудителей дерматомикозов, как-то: *Achorion gypseum*, *Achorion violaceum*, *Trichophyton rosaceum*. Следует отметить появление нового грибка *Microsporon ferrugineum*, который обладает большой контагиозностью и дает эпидемические вспышки. В свете изложенных данных анализ заболеваемости грибковыми заболеваниями в войсках Советской Армии представляется особо существенным.

Ниже приводятся данные об удельном весе грибковых заболеваний среди всех заболеваний кожи (табл. 17) и отдельных форм дерматомикозов.

Таблица 17

Распределение грибковых заболеваний по годам войны
(в процентах к общему числу кожных больных)

Диагноз \ Год войны	Первый	Второй	Третий	Четвер- тый	За всю войну
Эпидермофития	2,7	5,3	5,9	7,7	5,9
Прочие грибковые забо- левания кожи	1,1	0,8	1,8	0,4	1,1
Итого грибковых забо- леваний	3,8	6,1	7,7	8,1	7,0
Прочие болезни кожи	96,2	93,9	92,3	91,9	93,0
Всего . . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Приводим соотношение отдельных форм грибковых заболеваний (в процентах):

Эпидермофития	84,7	} 3,4
Поверхностная трихофития	1,4	
Глубокая трихофития	1,1	
Хроническая трихофития	0,9	
Прочие грибковые заболевания	11,9	

Всего . . 100,0

Как показывают приведенные данные, основную массу грибковых заболеваний составляла эпидермофития при очень незначительном проценте других форм грибковых заболеваний, в частности, трихофитии.

В группу прочих грибковых заболеваний в основном вошли разноцветный лишай и эритразма, не имеющие какого-нибудь практического значения, а также другие более редкие формы грибковых заболеваний, встречающиеся лишь в единичных случаях.

Если учесть, что в первую мировую войну под эпидермофитией понималась лишь эпидермофития больших складок (см. ниже), а основная форма этого поражения кожи, тогда еще мало изученная, эпидермофития стоп и кистей, не учитывалась как грибковое заболевание и относилась в группу экзем, то распространение грибковых заболеваний в советских войсках в годы Великой Отечественной войны следует признать крайне незначительным.

Трихофития

Как указывалось, трихофития в целом составляла лишь 3,4% общего числа грибковых заболеваний (поверхностная трихофития — 1,4%, глубокая трихофития — 1,1% и хроническая трихофития — 0,9%).

Подробное изучение историй болезни показало, что хроническая трихофития характеризовалась в основном поражением волосистой части головы в форме так называемой черноточечной трихофитии, в большинстве случаев сопровождавшейся поражением ногтей и гладкой кожи, в виде так называемой атипической хронической трихофитии, описанной М. Г. Мгебровым, Л. Н. Машкиллейсоном и др. В ряде случаев поражения волосистой части головы, наряду с обломанными волосами, были отмечены мелкие участки облысения с рубцовой измененной кожей. Все больные страдали трихофитией задолго до призыва в армию, большинство с детского возраста, и, как правило, не подвергались правильному лечению.

Глубокая трихофития наблюдалась лишь в виде отдельных, случайных поражений и ни на одном из фронтов за все годы войны не отмечалась как массовое заболевание. Располагаясь в основном на коже затылка, предплечий и на тыле кисти, она клинически не имела каких-либо особенностей.

Поверхностная трихофития встречалась на гладкой коже, в области бороды и на волосистой части головы. В основном она имела единичный случайный характер. В отдельных случаях поражения области бороды больные связывали заболевание с бритьем в парикмахерской.

Лишь на одном из участков Н-ского фронта во второй половине 1944 г. наблюдалась вспышка поверхностной трихофитии. У 35,0% всех больных, помимо поражения гладкой кожи, наблюдалось одновременно и поражение волосистой части головы, преимущественно в затылочной области. У большинства этой группы больных были обнаружены круглые очаги с резко выраженным мелким шелушением и обломанными на уровне кожи волосами, в виде «черных точек» в устьях фолликулов. У части

больных поражение располагалось на коже задней поверхности шеи, на границе с волосистой частью головы, что указывало на возможность заражения через воротники зимней одежды. При микроскопическом исследовании волос, произведенном в различных госпиталях, был обнаружен *Trichophyton endotrix*. Все больные с поражением волосистой части головы были подвергнуты рентгенснимкам с последующим применением мазей и выписаны в часть после контрольных исследований.

Широко развернутые профилактические мероприятия, повторные осмотры личного состава, изоляция и лечение больных, установление порядка стрижки и контроля за парикмахерскими и ряд других мероприятий дали возможность быстро ликвидировать распространение заболевания.

Эпидермофития

В середине прошлого столетия представители различных дерматологических школ впервые начали описывать случаи своеобразного поражения кожи в области паховых складок. Резкая ограниченность очагов кожного поражения, склонность к периферическому росту, а также контагиозность заболевания говорили о паразитарной его природе. Заболевание это описывалось в то время под названием «окаймленная экзема» (*eczema marginatum*).

После обнаружения возбудителя окаймленной экземы, грибка эпидермофитона [Кастеллани (Castellani), 1905], внедряющегося в эпидермис, оставляя непопавшими волосы, и особенно после работ Сабуро (Sabouraud, 1908), заболевание кожи в области паховой складки получило название паховой эпидермофитии.

В дальнейшем были опубликованы работы, показавшие возможность локализации эпидермофитии то в межпальцевых складках, где кожа мацерируется и шелушится, то на коже стоп и кистей в виде сквамозных или дисгидротических поражений. В 1914 г. Кауфман-Вольф дала описание грибка при дисгидрозиформных заболеваниях стоп и кистей и в дальнейшем доказала контагиозность этого заболевания.

С этого времени вопрос о новой разновидности эпидермофитии — эпидермофитии стоп и кистей — тщательно изучался. Отечественными дерматологами и микологами (П. Н. Кашкин, Л. Н. Машкиллейсон, И. С. Попов, И. В. Размаинский и др.) внесено особенно много нового в изучение как этиологии, патогенеза, клиники и терапии эпидермофитии стоп и кистей, так и эпидемиологии и профилактики этого столь часто встречающегося заболевания.

Согласно современному учению об эпидермофитии, принято различать: 1) паховую эпидермофитию, или эпидермофитию больших складок, и 2) эпидермофитию стоп и кистей, проявляющуюся в нескольких клинических формах, среди которых, согласно мнению большинства авторов, следует различать: а) дисгидротическую, б) интертригинозную, в) сквамозную и г) гиперкератотическую или сквамозно-гиперкератотическую. Однако при такой классификации не выделяется или, вернее, не подчеркивается так называемая стертая (скрытая) форма эпидермофитии, имеющая особенно большое практическое и, в частности, эпидемиологическое значение.

Вот почему более правильной следует считать классификацию, различающую, помимо интертригинозной, дисгидротической и сквамозно-гиперкератотической формы, также стертую, или скрытую, форму. Мы выдвигаем эту форму на первое место, подчеркивая тем самым возможность перехода одной формы в другую, в зависимости от выявляющихся при этом заболевании изменений реактивности кожи.

Стертая, или скрытая, форма эпидермофитии локализуется исключительно на стопах в межпальцевых промежутках, чаще всего между III и IV, IV и V пальцем. Клинически эта разновидность эпидермофитии характеризуется появлением на дне межпальцевых складок и на боковых поверхностях пальцев ограниченных очагов шелушения, окаймленных воротничком отслаивающегося рогового слоя. Нередко в центре складки отмечается небольшая трещина. Не вызывая обычно значительных субъективных ощущений, процесс не привлекает к себе внимания больного и может тянуться многие месяцы.

Интертригинозная форма эпидермофитии представляет обычно обострение ранее существовавшего скрытого очага и, располагаясь в тех же межпальцевых промежутках, характеризуется мацерацией и отстойкой рогового слоя с образованием ссадин, окаймленных воротничком набухшего рогового слоя. На дне складок обнаруживаются линейно расположенные болезненные трещины. Прогрессируя, процесс может вызвать лоражение всех межпальцевых промежутков, гиблов пальцев и прилегающих частей подошвы.

Резкая болезненность препятствует ходьбе, и заболевшие обычно выбывают из строя. В результате осложнения пиогенной инфекцией часто развиваются лимфангоиты и лимфадениты.

Дистигидротическая эпидермофития характеризуется появлением на коже подошв, а иногда на коже ладоней, глубоко залезших вглубь группы пузырьков, напоминающих разваренные саговые зерна. По мере роста пузырьков и их слияния могут образовываться многокамерные пузыри. Пузырьки наполнены прозрачным или мутноватым, слегка тягучим содержимым. В дальнейшем, при обратном развитии, пузырьки могут ссыхаться без нарушения целостности покрывки пузыря, образуя корочки, или же вскрываются, образуя ссадины круглых или фестончатых очертаний, окаймленные бордюром отслаивающегося рогового слоя. Ссадины постепенно эпителизируются, образуя шелушащиеся розовые пятна. На фоне старых очагов, а также вокруг них появляются новые пузырьки, способствующие периферическому росту очагов и их рецидивам и обострениям. Чаще всего процесс при дистигидротической форме возникает на своде стопы с наклоном к распространению на другие части подошвы.

Нередко наблюдаемые при этой форме эпидермофитии вторичные обострения воспалительного процесса в виде красноты и отека, а также развитие лимфаденита или лимфангоита обуславливаются частым осложнением основного поражения пиогенной инфекцией.

Течение болезни длительное, с наклоном к частым рецидивам.

Дистигидротическая эпидермофития представляет наиболее упорную форму, развитие которой связано с изменением реактивности кожи. У таких больных чаще, чем при других формах эпидермофитии, наблюдаются дистигидротические или сквамозные амикотические высыпания на ладонях и экзематозные очаги на тылах кистей и стоп, а также вторичные высыпания на коже туловища и конечностей, имеющие чаще всего характер эритемато-сквамозных пятен типа экзематидов или полиморфных экссудативных высыпаний (так называемые эпидермофитиды). Патогенез и этиология этих вторичных поражений до настоящего времени не ясны.

Сквамозная и гиперкератотическая эпидермофития чаще всего локализуется на подошвах. У одних больных сквамозный и гиперкератотический процессы комбинируются, у других же встречаются или сквамозные, или гиперкератотические изменения кожи. Сквамозная форма характеризуется образованием одного или нескольких резко ограниченных бледнорозовых очагов, покрытых сероватыми чешуйками. По окружности очага хорошо выражен воротничок из отслаивающегося рогового слоя. Гиперкератотическая эпидермофития характеризуется обширными сероватыми очагами ороговелости кожи подошвы с наличием иногда глубоких трещин. Течение заболевания — хроническое и длительное.

Сквамозная, а, возможно, и гиперкератотическая формы эпидермофитии нередко развиваются не первично, а являются результатом дальнейшего развития дистигидротической формы, о чем свидетельствуют наблюдаемые иногда переходы одной формы в другую.

Паряду с поражением эпидермофитией кожи стоп и кистей, нередко наблюдается и поражение ногтей. Чаще всего поражаются ногти пальцев ног, значительно реже — пальцев рук, причем на стопах поражение наиболее часто отмечается на I и V пальце. Заболевание начинается со свободного края, под которым обнаруживается скопление желтоватых рыхлых роговых масс. Постепенно процесс продвигается дальше к корню, и желтые роговые массы просвечивают через роговую пластинку, неплотно прилегающую к ногтевому ложу.

Эпидермофития стоп и кистей — заболевание, распространенное во всех странах. Распространенности эпидермофитии в СССР посвящено

много исследований, основанных на обследовании отдельных коллективов. Так, Е. А. Матушкин, обследовавший рабочих и служащих одного завода, установил в 9,1% клипический диагноз эпидермофитии, причем в 66,5% этот диагноз был подтвержден микроскопически. Положительный рост посевов получен у 40% выявленных больных.

И. В. Размаинский приводит чрезвычайно ценные данные относительно обследования сельского населения: в Ленинградской области в одном из сельсоветов на 1 573 обследованных им было выявлено только 2 случая эпидермофитии, а в одном из колхозов Карелии среди нескольких тысяч обследованных выявлено лишь 4 случая эпидермофитии.

Автор приходит к заключению, что у сельского населения почти не наблюдается эпидермофитии; подобное мнение высказывают и другие авторы (Е. А. Матушкин, И. С. Попов и др.).

В зарубежных странах эпидермофития распространена значительно больше, особенно в США. О большом распространении эпидермофитии в иностранных армиях и флотах имеется немало литературных данных.

Так, Прен (Pren, США) сообщает, что среди 520 человек личного состава 15-го дивизиона истребителей на Ближнем Востоке имелось 93,0% больных эпидермофитией, а в 5-й истребительной флотилии — 91,0%.

Соутер (Souler) отмечает, что эпидермофития установлена у 41,0% офицеров американского военно-морского флота.

Меммештаймер (Memmesheimer) указывает, что при обследовании Никсом в 1938 г. некоторых воинских частей было обнаружено до 90,0% больных эпидермофитией.

Значительное распространение эпидермофитии среди гражданского населения и военнослужащих различных стран обусловлено крайним упорством этого заболевания по отношению к терапии и в связи с этим трудностью ликвидировать очаги инфекции, а также своеобразием путей ее распространения. Согласно данным большинства исследователей, большая часть больных заражается эпидермофитией в банях, душевых установках, купальнях, водолечебных учреждениях, спортивных залах и т. п. Предполагается, что инфекция передается главным образом через полы, деревянные настилы, банную посуду, через коврики, дорожки и маты, спортивный инвентарь и т. п., на которые попадает патологический материал (чешуйки), содержащий эпидермофитона. Следует отметить крайнюю жизнеспособность грибка и его неприхотливость в отношении питательных сред.

На значительную роль бань в распространении эпидермофитии указывают исследования И. И. Гительсона и И. В. Размаинского, установивших наличие вполне жизнеспособных эпидермофитонов в сточных водах бань.

Источником заражения эпидермофитией может служить и обезличенная обувь, что подтверждается опытами с выращиванием грибка на кожаной стельке и матерчатой подкладке, взятых из ношенной обуви, а также пользование общими носками, портянками, бельем при недостаточной их дезинфекции. Согласно некоторым авторам, недостаточная дезобработка прачечных может превратить их в резервуары эпидермофитиальной инфекции.

К моментам, способствующим заражению эпидермофитомом и развитию эпидермофитии, относится прежде всего влажность стоп, чаще всего обусловленная повышенной потливостью и связанной с ней мацерацией кожи.

Так, Е. А. Матушкин установил, что среди страдающих потливостью эпидермофития регистрируется втрое чаще, чем у не страдающих гипергидрозом. Большой интерес в этом отношении представляют наблюдения

В. А. Ведерникова, отметившего в годы Великой Отечественной войны частое заболевание эпидермофитией стоп у раненных в нижние конечности, в особенности в тех случаях, когда, наряду с ранением мягких тканей и костей, имелось травматическое повреждение периферических нервов. Подробное обследование этих раненных показало наличие у большинства из них повышенной потливости, связанной с поражением периферических нервов.

Развитию эпидермофитии и, в частности, более тяжелых ее форм (интертригинозной, дисгидротической) способствует длительная ходьба, ношение теплой или резиновой обуви, а также неопытное содержание ног, обуславливающее мацерацию кожи или возникновение более или менее выраженных дерматитов.

Паховая эпидермофития чаще всего характеризуется появлением в складках кожи ограниченных, слегка возвышенных розовых пятен круглой формы с нежным мелкопластинчатым шелушением на поверхности. Разрастаясь по периферии и подвергаясь обратному развитию в центре, пятна последовательно принимают кольцевидный характер. Начинаясь остро, заболевание в дальнейшем может принимать хроническое течение и длиться многие месяцы.

Следует отметить, что эпидермофития больших складок, крайне редко наблюдавшаяся в Советском Союзе в мирное время, совершенно не наблюдалась в войсках Советской Армии в годы Великой Отечественной войны, в то время как в прошлые войны она имела весьма широкое, временами эпидемическое, распространение. Согласно данным французских и ряда немецких авторов, такие эпидемии особенно часто наблюдались в госпиталях, где это заболевание передавалось через ванны, перевязочный материал и даже через термометры.

В связи с изложенным, в дальнейшем, при разборе вопроса о распространении, клинике, лечении и профилактике эпидермофитии в войсках в годы Великой Отечественной войны, речь будет идти лишь об эпидермофитии стоп и кистей.

Переходя к анализу заболеваемости эпидермофитией в Советской Армии за годы Великой Отечественной войны, можно прежде всего отметить, что удельный вес этого заболевания в общей массе кожных больных, возрастая из года в год (с 2,7% в первый год до 7,7% в последний год войны), составил в среднем за все 4 года войны 5,9%.

Если же принять общее количество больных эпидермофитией за 100, то они будут распределяться по годам следующим образом: первый год — 6,0, второй год — 20,7, третий год — 37,4 и четвертый год — 35,9.

Незначительная заболеваемость эпидермофитией в первый год войны объясняется прежде всего недостаточно точным учетом больных, а также, возможно, и недостаточно четкой диагностикой. Нельзя отрицать и малую распространенность выраженных форм этого заболевания в первый год войны, поскольку, как это указано было выше, эпидермофития имела крайне ничтожное распространение среди сельских жителей, составлявших основные кадры призывников. Необходимо также учесть, что контингент госпитализированных состоял исключительно из больных тяжелыми формами эпидермофитии и что стертые, а частично и сквамозные формы эпидермофитии, не выводившие больных из строя, в данном исследовании не учитывались. Возможно также, что среди призывников имелись больные стертой формой эпидермофитии, которая лишь постепенно становилась более тяжелой, требовавшей лечения в госпитальных условиях.

Отсутствие данных о заболеваемости эпидермофитией в прошлые войны не дает возможности сделать соответствующие сопоставления. Однако сравнение заболеваемости эпидермофитией в войсках в годы Великой Отечественной войны с заболеваемостью эпидермофитией в мирное время среди гражданского населения и военнослужащих как в Советском Союзе, так особенно в капиталистических странах дает право считать удельный вес эпидермофитии в советских войсках незначительным. Предположение отдельных дерматологов о возможности широкого распространения этого заболевания в военное время не подтвердилось.

Изучение историй болезни свидетельствует также о том, что диагноз эпидермофитии не во всех случаях подтверждался микроскопическим исследованием. Принимая во внимание, что дифференциальный диагноз эпидермофитии от аналогичных поражений стоп иной этиологии (истинный дисгидроз, дрожжевые поражения и т. п.) на основании только клинических данных подчас весьма труден, следует полагать, что в общее число больных эпидермофитией были включены и больные с заболеванием стоп и кистей иной этиологии и потому число больных эпидермофитией в действительности могло быть еще меньше.

Военно-полевая обстановка создает, повидимому, не столько причины для распространения эпидермофитии в войсках, сколько условия для перехода скрытых, легких форм этого заболевания в тяжелые. К этим условиям следует отнести длительные походы, усиление потливости и загрязнения кожи стоп, бессменное ношение обуви, частое промачивание и длительное ношение сырой, в частности, валеной, обуви, нерегулярную сушку и стирку портянок. Нельзя исключить и влияние нервных факторов, игравших роль в изменении реактивности кожи и тем самым способствовавших развитию дисгидротической формы эпидермофитии.

Изучение распределения эпидермофитии по месяцам указывает на повышение заболеваемости преимущественно весной.

Что касается заболеваемости эпидермофитией военнослужащих отдельных родов войск, то она была значительна в авиачастях, что подтверждается и данными специального обследования, проведенного М. Ф. Синани и М. Р. Городинским. Согласно их данным, эпидермофития в авиачастях занимала одно из первых мест среди болезней кожи и была более распространена среди летного состава, чем среди наземного и технического персонала. Указанные авторы объясняют большее распространение эпидермофитии среди авиационного, в частности, летного, состава, повышенной потливостью стоп в связи с ношением меховой обуви (унт), а также влиянием нервных факторов.

Несколько разноречивы данные о количестве лиц, страдавших эпидермофитией до военной службы: по материалам историй болезни, процент их равен 10,9, согласно же данным М. М. Кузнецца, страдало эпидермофитией до военной службы 25,0% всех больных.

Если учесть, что в анамнезе больных могли быть учтены только выраженные формы эпидермофитии, а не скрытые, мало выраженные, то процент этот надо считать достаточно высоким. Все эти данные подтверждают, что во время войны причины, обуславливающие более тяжелое течение эпидермофитии, преобладали над причинами, способствующими ее распространению.

У госпитализированных больных преобладала дисгидротическая форма, составлявшая 90,8% всех случаев эпидермофитии, сквамозная же составляла 5,7%, а интертригинозная — 3,5%.

Преобладание во время войны дисгидротической, наиболее тяжелой формы эпидермофитии подтверждает и ряд отчетов. Так, М. Ф. Синани и М. Р. Городинский обнаружили дисгидротическую форму эпидермофитии у 65, 8% больных. По данным И. И. Хохуткина, дисгидротическая форма эпидермофитии отмечалась у 84,0% лечившихся в Н-ском госпитале. Эти данные расходятся с материалами довоенного времени (Е. А. Матушкин, Н. С. Попов и др.), согласно которым в мирное время гипертригиповая форма занимала основное место. Частота дисгидротической формы говорит о более тяжелом течении эпидермофитии во время войны. Этому соответствует и значительное количество осложненных форм, достигавших у госпитализированных больных эпидермофитией 52,0%. Наиболее часто эпидермофития осложнялась пиогенной инфекцией, наблюдавшейся в 40,8%, и значительно реже (11,2%) — дерматитами и экзематизацией. Столь значительный процент осложнений эпидермофитии пиогенной инфекцией во время войны объясняется невозможностью проводить обычный гигиенический уход за ногами при значительно большем их загрязнении.

Наиболее часто эпидермофития локализовалась на стопах (61,2%); значительно реже наблюдалась локализация ее на кистях рук, отмеченная изолированно лишь в 5,9%. В 32,9% наблюдалась сочетанная и распространенная локализация, которую следует трактовать как осложнение эпидермофитии вторичным аминотическим высыпанием так называемых эпидермофитидов.

Судя по данным отдельных историй болезни, вторичные высыпания носили характер либо эритемато-сквамозных поражений типа экзематидов, либо розового лишая, либо имели эритемато-экссудативный характер, нередко типа эксудативной эритемы. Большой процент вторичных высыпаний во время войны отмечен и в ряде отчетов. Так, например, по данным одного из госпиталей, распространенные высыпания при эпидермофитии стоп отмечены в 35,0%.

Этиология и патогенез распространенных вторичных высыпаний при эпидермофитии до настоящего времени не выяснены. В отличие от истинных микидов (трихофитиды), являющихся аллергическим высыпанием, обусловленным гематогенным распространением грибка, эпидермофитон в крови больных эпидермофитией при наличии вторичных высыпаний не обнаружен. Не удается обнаружить грибок и во вторичных очагах поражения. На основании анализа заболеваемости эпидермофитией в войсках во время войны можно высказать следующее предположение. Высокий процент вторичных высыпаний при эпидермофитии, осложненной пиогенной инфекцией, абсолютное в большинстве случаев клиническое сходство вторичных высыпаний при эпидермофитии со вторичными высыпаниями, наблюдаемыми при пиогенных очаговых инфекциях кожи, позволяют предположить, что эти вторичные реакции (хотя бы в известной части случаев) обусловлены не эпидермофитоном, а вторично присоединившейся пиогенной инфекцией. Последняя в большинстве случаев вызывает резкое обострение воспалительного процесса в основном очаге поражения и нередко обуславливает развитие лимфангоита и лимфаденита.

Итак, эпидермофития в войсках действующей армии протекала тяжело. Преобладали дисгидротические формы, в большом проценте случаев осложненные пиогенной инфекцией и крайне часто сопровождавшиеся распространенными вторичными сыпями.

Переходя к результатам лечения эпидермофитии, следует прежде всего остановиться на распределении больных по этапам эвакуации.

Около половины больных эпидермофитией (49,2%) лечилось в госпиталях фронтного района, что вполне соответствует тяжести этого заболевания, требовавшего в большинстве случаев длительной госпитализации; 33,2% лечились в армейском районе; 15,5% — в тыловом районе и 2,1% — в войсковом районе.

Тяжесть госпитализированных форм подтверждается данными табл. 18, отражающей среднюю длительность лечения как эпидермофитии в целом, так и отдельных ее форм по годам войны.

Таблица 18

Средняя длительность госпитального лечения эпидермофитии в днях

Год войны Клиниче- ская форма эпидермофитии	Первый	Второй	Третий	Четвер- тый	За всю войну
Дисгидротическая	38,7	33,8	28,5	27,6	29,8
Склямозная	25,0	25,3	29,1	16,7	24,7
Интертригинозная	22,0	—	36,8	29,7	29,6
Все формы	37,7	32,4	28,8	27,1	29,2

Из табл. 18 видно, что средняя длительность лечения всех форм эпидермофитии за все 4 года войны составляла 29,2 дня, причем наиболее длительного лечения требовали дисгидротическая и интертригинозная форма. Продолжительность лечения всех форм эпидермофитии из года в год уменьшалась.

Учитывая крайнее упорство заболевания и большое количество осложненных форм, нельзя считать указанную выше продолжительность лечения эпидермофитии высокой, она приблизительно соответствует срокам лечения этого заболевания в мирное время, поскольку 17,1% лечились до 10 дней, 33,9% — от 10 до 19 дней и 20,3% — от 20 до 29 дней. Таким образом, 71,3% больных эпидермофитией лечились до одного месяца и лишь 28,7% нуждались в более продолжительном лечении. Наибольшее количество таких больных было сосредоточено в госпиталях фронтного района, что характеризует правильную эвакуацию больных эпидермофитией по назначению. Для оценки длительности лечения следует также учесть сроки госпитализации больных эпидермофитией от начала заболевания. Как выяснилось, лишь 17,1% больных были госпитализированы в сроки до 10 дней, а около половины (47,7%) больных госпитализировалось лишь через месяц и более от начала заболевания; 29,4% больных поступили в госпиталь в срок свыше 2 месяцев. Такая сравнительно поздняя госпитализация больных эпидермофитией не могла не отразиться на длительности лечения.

Несмотря на большое количество работ, посвященных лечению эпидермофитии в мирное время и опубликованных за годы войны, единого взгляда на методику лечения эпидермофитии не существует. Учитывая крайнее разнообразие клинических форм эпидермофитии, зависящее в основном от различной реактивности кожи по отношению к эпидермофитону, большинство дерматологов признает наиболее рациональным индивидуализировать лечение в зависимости от клинической формы

заболевания; общего состояния больного и, в частности, от состояния его реактивности.

Этот принцип явился основным и в постановке лечения эпидермофитии в специализированных госпиталях Советской Армии. Здесь лечение эпидермофитии проводилось в основном комплексно, путем применения средств местной и общей терапии, а также физиотерапии. Большим с интертригинозной формой эпидермофитии применялось вначале успокаивающее противовоспалительное лечение в виде ножных ванночек со слабым раствором марганцовокислого калия, влажно-высыхающих повязок и компрессов из раствора риванола, буровской жидкости, свинцовой примочки и т. п. В дальнейшем чаще всего назначали спиртовые растворы анилиновых красок, а трещины смазывали 5—10% раствором ляписа. По мере уменьшения воспалительных явлений применяли отслаивающие и противопаразитарные, главным образом серно-дегтярные мази.

При лечении дисгидротической формы эпидермофитии особое внимание обращалось не только на местную, но и на общую терапию. Для устранения островоспалительных явлений, так же как и при интертригинозной форме, применяли ванночки с раствором марганцовокислого калия и влажные повязки с риванолом, буровской жидкостью и т. п. Крупные пузыри чаще всего прокалывали и смазывали спиртовыми растворами анилиновых красок, остальные участки стопы часто смазывались 1—2% подной пастой. В дальнейшем применяли слабые противогрибковые мази, в первую очередь 3—5% серно-салициловую мазь и 5—10% серно-дегтярные пасты. При наличии экзематизации назначали индифферентные, а также нафталиновые и ихтиоловые мази и пасты.

Из средств общей терапии хороший терапевтический эффект давали: 10% раствор хлористого кальция внутрь и внутривенно, гипосульфит натрия по 0,5—1,0 внутрь 3—4 раза в день, аутогемотерапия.

При эпидермофитии, осложненной пиогенной инфекцией, в частности, лимфангоитом, широко применялся внутрь стрептоцид в больших дозах. Во многих госпиталях одновременно широко применялась и витаминотерапия, преимущественно витамин С.

Из всех лечившихся больные, подвергавшиеся лишь местной терапии, составили 27,4%; больные, подвергавшиеся местной и общей терапии, — 34,4%, а больные, которым назначали местную и общую терапию в комбинации с физиотерапией, — 38,2%.

Из физиотерапевтических методов наиболее широко применяли местные облучения ртутно-кварцевой лампой, что значительно сокращало сроки лечения (табл. 19). Надо полагать, что ультрафиолетовое облучение при лечении эпидермофитии применялось и до войны, однако это не нашло отражения в отечественной литературе. Как видно из результатов лечения эпидермофитии путем ультрафиолетового облучения, этот метод лечения может быть рекомендован в комплексе лечебных мероприятий при столь трудно излечиваемом микозе. Сравнительно редко, при рецидивных и вяло протекающих процессах, применялась рентгенотерапия.

Многие военные врачи назначали в целях профилактики рецидива эпидермофитии последовательно, по окончании лечения, обтирания стоп кислыми спиртовыми растворами (преимущественно салициловым спиртом), а также прищипывания кислыми пудрами.

О результатах проводившегося в госпиталях лечения эпидермофитии свидетельствуют клинические исходы: 98,7% больных были выписаны выздоровевшими или со значительным улучшением (в первый год 86,8%, а в последний год 98,9%).

Таблица 19

Срок лечения эпидермофитии (в процентах)

Срок лечения	Без применения физиотерапии		С применением физиотерапии	
	выздоровление	улучшение	выздоровление	улучшение
До 10 дней	8,5	19,5	20,6	37,5
10—19 »	32,9	23,6	40,0	40,0
20—29 »	21,5	23,6	21,3	7,5
30—39 »	13,8	12,5	8,4	2,5
40—49 »	6,3	6,9	5,2	2,5
50—59 »	4,7	1,4	0,6	5,0
60 и более дней . .	12,3	12,5	3,9	5,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0

Высокий процент излечения такого упорного заболевания, как эпидермофития стоп, свидетельствует о высоком качестве лечения кожных больных в Советской Армии.

В заключение следует остановиться на клинических исходах по группам неосложненной и осложненной эпидермофитии (табл. 20).

Таблица 20

Клинический исход неосложненной и осложненной эпидермофитии (в процентах)

Клинический исход Форма эпидермофитии	Выздоровление	Улучшение	Без перемен	Всего
Неосложненная . . .	75,7	23,1	1,2	100,0
Осложненная экземой	79,1	16,4	4,5	100,0
Осложненная пиодермией	78,8	20,7	0,5	100,0
Итого	77,4	21,3	1,3	100,0

Данные табл. 20 свидетельствуют о том, что клинические исходы при эпидермофитии, осложненной экземой, хуже; группа больных с клиническим исходом без перемен достигает при ней 4,5%, в то время как при неосложненной эпидермофитии она составляет только 1,2%, а при осложнении пиогенной инфекцией — 0,5%. Более благоприятный клинический исход у больных эпидермофитией, осложненной вторичной пиогенной инфекцией, заслуживает внимания. Этот факт наводит на мысль об известном антагонизме между грибами и пиококками, подтверждаемом и экспериментальными данными (И. В. Размаинский).

Профилактика эпидермофитии. Значительное распространение эпидермофитии в мирное время обусловило разработку ряда мероприятий по профилактике эпидермофитии, широко проводившихся в воинских частях. Среди этих мероприятий особое внимание уделялось выявлению во время ежемесячных медицинских осмотров больных эпидермофитией, в частности, начальными и скрытыми формами, и своевременному их лечению.

Большое внимание обращалось и на дезинфекцию бань, для чего применялось обмывание полов и скамеек кипятком со щелочью (2% неочищенная сода или 3% осветленный раствор хлорной извести). Рекомендовалась и дезинфекция бывшей в употреблении обуви закладыванием в сапоги на 48 часов куска ваты или бумаги, смоченного 40% раствором формалина. Обращалось внимание на борьбу с потливостью, способствующей заболеванию эпидермофитией, а также на своевременную смену портянок и тщательное просушивание их, особенно во время отдыха на длительных маршах.

Большое значение придавалось и санитарно-просветительной работе, имевшей целью ознакомить военнослужащих с сущностью эпидермофитии стоп и привить соответствующие навыки личной гигиены.

Перечисленные выше профилактические мероприятия предписывалось проводить в воинских частях и в годы Великой Отечественной войны. Данные медицинских отчетов фронтов и армий показывают, что профилактике эпидермофитии уделялось достаточно внимания и вырабатывались новые формы профилактической работы. Так, например, заслуживает внимания указание одного из фронтовых дерматологов об организации, помимо ежемесячных медицинских осмотров, дополнительных телесных осмотров личного состава при прохождении через баню, причем особое внимание обращалось на состояние кожи стоп, а также организация специальных осмотров на эпидермофитию обслуживающего персонала санпропускников, бань, прачечных, дезкамер и приемных отделений госпиталей.

На ряде фронтов в теплое время года лицам с повышенной потливостью отпускались кислые присыпки (тальк с борной или салициловой кислотой и т. п.). При длительных маршах в жаркую погоду обращалось внимание на общегигиенический уход за ногами и максимальное использование солнца и свежего воздуха. Значительную часть времени на больших привалах бойцы оставались без обуви; в это время проводилась стирка портянок и просушивание их на солнце. В результате проведения этих мероприятий больные эпидермофитией в одном соединении составляли только 2% всех кожных больных.

Все указанные мероприятия несомненно в значительной степени содействовали тому, что эпидермофития стоп в войсках Советской Армии в годы войны не получила значительного распространения.

ГЛАВА IV

ЧЕСОТКА

Чесотка (scabies) — заразное паразитарное кожное заболевание, вызываемое чесоточным зуднем — *Acarus (Sarcoptes) scabiei* из семейства клещей *Acaridae*.

Эпидемическое распространение чесотки тесно связано с социальными факторами — тяжелыми гигиеническими условиями быта и скученностью населения. Вот почему во время войны может создаваться реальная угроза эпидемических вспышек чесотки как среди гражданского населения, так и среди войск. Это дало основание В. В. Иванову отнести чесотку к группе «дерматозов военного времени».

Как видно из многочисленных литературных данных, эпидемическое распространение чесотки в капиталистических странах обычно наблюдалось среди беднейших слоев населения.

Дореволюционная Россия, в особенности сельское ее население, не представляла исключения из этого общего правила.

В годы первой мировой войны, когда условия жизни широких масс населения резко ухудшились, а скудная земская и городская медицинская помощь населению еще более сократилась, число больных чесоткой в России неизбежно увеличилось. Увеличение числа заболеваний чесоткой среди гражданского населения западноевропейских стран в период первой мировой войны нашло свое отражение в медицинской литературе.

В Бреславе число чесоточных больных во время войны достигло 15,6% всех кожных больных, а по данным Кильской клиники, — даже 22,3%. В Париже, по данным Тибьержа, в 1915—1920 гг. чесотка также являлась одним из распространеннейших кожных заболеваний, поражая от 5 до 8 человек на 1 000 населения. В Эдинбурге (Англия), по данным Мак Ларена, в 1916 г. чесоточные составили 15,6% всех страдающих кожными заболеваниями, а в 1919 г. — 30,0—31,0%.

В Вене во время и после войны число чесоточных заболеваний среди населения настолько возросло, что был создан специальный мощный скабноторий, через который только за год прошло 21 697 чесоточных больных (Оппенгейм).

Несомненно, что более высокая санитарная обеспеченность войск и регулярные врачебные осмотры обуславливали в мирное время, как правило, значительно меньшее распространение чесотки среди войск по сравнению с гражданским населением. Так, заболеваемость чесоткой в дореволюционной русской армии в 1913 г. была почти втрое ниже, чем среди гражданского населения страны. В период первой мировой войны заболеваемость чесоткой повысилась не только среди гражданского населения, но и в войсках. Точных данных о распространенности чесотки в русской армии в годы первой мировой войны так же, как и в прошлые войны, не имеется. Однако, судя по работам В. В. Иванова, В. Н. Саввина и других, заболеваемость чесоткой в дореволюционной русской армии

в первую мировую войну, несомненно, значительно превышала заболеваемость мирного времени.

Увеличилась заболеваемость чесоткой и среди войск других стран, участвовавших в первой мировой войне, о чем свидетельствуют опубликованные военно-санитарные отчеты. Так, в американской армии за эту войну было зарегистрировано 37 060 чесоточных больных на 126 365 кожных больных, что составляет свыше 29%. Основная масса чесоточных больных — 22 035 человек — приходилась на американские экспедиционные силы в Европе, что составляло 45,5% общего количества кожных больных (48 480).

Заболеваемость чесоткой среди германских и английских войск была также весьма высока.

Заболеваемость чесоткой была резко повышена среди гражданского населения и в армиях всех стран не только в период первой мировой войны, но и в ближайшие послевоенные годы. В СССР количество больных чесоткой с каждым годом резко снижалось: устойчивое снижение количества заболеваний чесоткой, достигнутое в период мирного строительства, в Советской Армии отмечалось даже в тяжелых военных условиях в период войны с белофиннами. Е. Е. Загальский, М. И. Левин и Н. И. Соловейчик, анализируя заболеваемость кожи по материалам госпиталей за весь период этой войны, нашли, что заболевания чесоткой стояли среди всех других кожных болезней на одном из последних мест, составляя не более 7,0% общего числа госпитализированных кожных больных.

В годы Великой Отечественной войны, вызвавшей небывалое по масштабу передвижение населения, массовые мобилизационные и стратегические переброски войск, создались предпосылки для увеличения заболеваний чесоткой. Необходимо особенно отметить большое число больных чесоткой среди гражданского населения районов, временно оккупированных врагом. К моменту освобождения от оккупации заболеваемость чесоткой, особенно среди сельского населения, достигала от 23 до 63,0% обследованного населения, а местами и 100,0%.

Несомненно, что значительное распространение чесотки имело место также и среди личного состава многочисленных партизанских отрядов, оперировавших в тылу врага и находившихся в исключительно тяжелых бытовых условиях.

Количество госпитализированных во время войны больных чесоткой, за исключением первого года (15,3%), было относительно равномерным (23,0—23,2%) и составляло в среднем за 4 года войны 21,7%, т. е. чесотка стояла на втором месте, вслед за гнойничковыми поражениями кожи.

Однако распределение заболеваний чесоткой в войсках как на отдельных фронтах, так и в различные периоды войны было весьма различным. Так, по данным медицинского управления одного из фронтов, находившегося все 4 года войны на территории Советского Союза, чесотка в первый год войны составляла 4,0% общего числа заболеваний кожи, во второй год — 3,0%, в третий год — 2,8%, а в первое полугодие четвертого года войны — лишь 1,8% общего числа заболеваний кожи.

Согласно же данным отчета медицинской службы одного из фронтов, в 1944 г. в связи с поступлением призывников из освобожденных от оккупации районов заболеваемость чесоткой резко повысилась и составляла 9,7% общего числа всех кожных заболеваний; 83,8% выявленных чесоточных больных были госпитализированы. Почти поголовная госпитализация чесоточных больных привела к значительному повышению их удельного веса среди госпитализированных кожных больных.

О крайне неравномерном распространении чесотки в войсках свидетельствуют и данные отчетов отдельных МЭП. Так, по данным медицинского отчета N-ского МЭП, госпитали которого были расположены на территории Белоруссии, количество больных чесоткой составляло 12,0% общего числа кожных больных; по данным же другого МЭП, лечебные учреждения которого обслуживали войска, находившиеся на территории Польши, чесотка составляла 6,1% общего числа заболеваний кожи.

Более низкие цифры приведены в отчетах двух тыловых МЭП: здесь чесоточные больные составили в среднем за все 4 года войны 2,9% общего числа больных с кожными поражениями. Отмечавшийся в отдельные периоды на отдельных участках фронта рост заболеваемости чесоткой был быстро ликвидирован благодаря своевременно проводившимся лечебно-профилактическим мероприятиям. Это предотвращало распространение чесотки в войсках, заболеваемость которой в годы Великой Отечественной войны была гораздо ниже, чем в прошлых войнах. На отдельных фронтах заболеваемость чесоткой почти не превышала таковой в мирное время.

Ведущие дерматологи большинства фронтов единодушно отмечали, что заболеваемость чесоткой в действующей армии, как правило, носила лишь эпизодический характер. Только в отдельных случаях, преимущественно во вторую половину войны, наблюдались незначительные всплески, связанные главным образом с поступлением призывников из числа жителей только что освобожденных от оккупации районов. Фактором временного увеличения заболеваемости чесоткой являлся и контакт с массово пораженным чесоткой гражданским населением Белоруссии, Молдавии, Литвы и других территорий в момент их освобождения от немецкой оккупации.

Изучение динамики чесоточных заболеваний по месяцам указывает на сезонность этого заболевания. Как показывают данные табл. 21 и соответствующая ей диаграмма (рис. 20), количество чесоточных больных

Таблица 21

Среднее ежедневное число заболеваний чесоткой
при средней ежедневной в году, принятой за 100

Год войны Месяц	Пер- вый	Вто- рой	Третий	Четвер- тый	За всю войну
Июнь	140	67	40	47	64
Июль	60	33	50	100	67
Август	60	100	50	60	75
Сентябрь	60	117	75	127	102
Октябрь	80	117	117	133	125
Ноябрь	100	122	130	160	147
Декабрь	120	108	120	133	130
Январь	120	108	110	110	117
Февраль	100	175	87	120	125
Март	60	83	80	100	94
Апрель	120	91	85	67	92
Май	140	100	90	47	91

максимально увеличивается в осенне-зимние периоды, особенно в ноябре—декабре. Начиная с марта, количество госпитализированных чесоточных больных закономерно понижалось, достигая самого низкого уровня в июне и июле.

Подобная сезонность отмечалась и в мирное время и объяснялась большей скученностью населения в холодное время года и в силу этого более тесным бытовым контактом, способствующим инфицированию. К этому следует добавить также влияние теплой одежды и отсутствие возможности пользоваться дополнительными санитарно-гигиеническими процедурами, доступными и в военной обстановке в теплое время года. Преобладала осложненная форма чесотки, составившая 76,0% всех случаев госпитализации, в то время как неосложненная форма наблюдалась всего лишь в 24,0%. Столь значительный процент осложнений чесотки не может быть объяснен поздней госпитализацией чесоточных больных, так как 89,4% больных поступали в лечебные учреждения в сроки до 10 дней, или тем, что изучению подверглись истории болезни лишь госпитализированных больных, так как основная масса больных чесоткой лечилась именно стационарно.

Правильнее предположить, что быстрый переход неосложненной чесотки в осложненную представляет собой особенность военного времени, обусловленную, с одной стороны, большим загрязнением кожи, а с другой — ослаблением ее защитных свойств, вызванным общими причинами, среди которых прежде всего следует отметить физическое переутомление, переохлаждение и перегревание кожи. Как указано выше, преобладающее большинство больных чесоткой (89,4%) поступало в лечебные учреждения в течение первых 10 дней от начала заболевания и лишь около 10,0% поступало с предшествующих этапов в более поздние сроки (11—20 дней или даже позже).

Приводим характеристику осложнений чесотки.

Осложнение чесотки	Процент
Стрептодермии	49,0
Стафилодермии	34,5
Дерматиты медикаментозные	6,0
Экзема	5,5
Сочетания различных осложнений	5,0
Всего	100,0

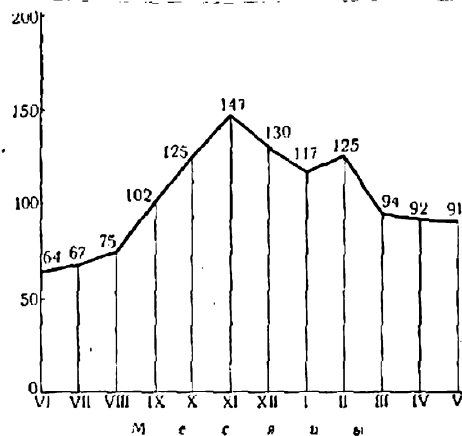


Рис. 20. Заболеваемость чесоткой за 1941—1945 гг. (среднее ежедневное число заболеваний за месяц при среднем ежедневном числе в году, принятом за 100).

Отсюда видно, что наибольший процент осложнений (83,5%) составляли гнойничковые инфекции кожи. Значительно реже (11,5%) встречались осложнения дерматитами и экземой, что, повидимому, было связано с лечением чесоточных больных на предыдущих этапах эвакуации.

На основании анализа историй болезни чесоточных больных, госпитализированных за всю Великую Отечественную войну, можно отметить некоторые особенности течения этого заболевания.

Наиболее типичные элементы чесотки — чесоточные ходы — встречались не часто. В запущенных случаях чесотки типичные чесоточные ходы

встречались у 15,0—20,0% больных чесоткой. В огромном большинстве случаев даже при распространенной чесотке наблюдалось только наличие своеобразно локализованной зудящей папуло-везикулезной сыпи, нередко осложненной вторичной инфекцией, но без ясно выраженных чесоточных ходов. Весьма редко, обычно у людей, находившихся в более благоприятных гигиенических условиях, наблюдались в качестве единственных симптомов болезни кожи только немногочисленные типичные чесоточные ходы.

Таким образом, в клинической картине кожных поражений при неосложненной чесотке намечались как бы два типа чесоточных заболеваний: 1) сравнительно редкие случаи с отчетливо выраженным «глубоким» проникновением клещей и наличием большего или меньшего количества типичных чесоточных ходов («трапшей») — своеобразный тип глубокой, «трапшейной» чесотки, и 2) чаще встречающиеся «поверхностные» поражения кожи, где преобладают своеобразно расположенные папуло-везикулезные высыпания при скудном количестве типичных чесоточных ходов. Между этими двумя крайними клиническими типами «глубокой» и «поверхностной» чесотки находится большая часть случаев обычной чесотки, разнообразие клинической картины которой тесно связано с рядом факторов: с бытовыми условиями, степенью индивидуальной устойчивости кожи, а также, вероятно, со стадией и характером чесоточной инвазии.

Следует отметить, что значительные пиогенные осложнения чесотки в редких случаях наблюдались и у весьма опрятных лиц, находившихся во вполне удовлетворительных санитарно-гигиенических и бытовых условиях. Это может иногда свидетельствовать или об общем понижении иммунобиологических свойств кожного покрова у данных лиц, или, что отмечал ряд авторов, о заносе особо вирулентной пиогенной инфекции самими клещами при внедрении их в кожу больных.

Индивидуальные особенности кожи выражались также в различной степени серозно-воспалительной реакции, в одних случаях более бурной, в других же — ослабленной и вялой, а также в различной степени чувствительности к зуду и склонности к осложнениям типа экземы или дерматита.

С клинической точки зрения большого внимания заслуживали редко встречающиеся случаи незудящей или малозудящей «апруригипозной» чесотки, на которые неоднократно указывали Г. И. Мещерский, В. Н. Добронравов и др. Наблюдавший в годы войны ряд таких случаев М. М. Кузнец связывал их с сопутствующими тяжелыми заболеваниями — малокровием, выраженным авитаминозом, туберкулезом и другими ослабляющими организм состояниями. Эту форму чесотки особенно трудно диагностировать, поскольку она противоречит основному представлению о чесотке как о заболевании кожи, сопровождающемся сильным зудом.

Следует также отметить, что наиболее частой, «излюбленной» локализацией распространенной чесотки во время войны являлась кожа межпальцевых складок рук, сгиба кистей, предплечий и плеч, а также локти, боковые поверхности туловища с передним краем подмышечных впадин, кожа живота и внутренней поверхности бедер. Согласно наблюдениям М. М. Кузнец, довольно часто (примерно у половины больных) проявления чесотки отмечались на коже половых органов. Несколько реже, примерно в трети всех случаев, встречались поражения кожи шеи в области надключичных ямок и частично переднего и боковых участков шеи. Только в единичных случаях наблюдались поражения кожи верхней части спины, а также голеней, стоп и голеностопных суставов; типичные

чесоточные ходы на этих участках кожи представляли исключительную редкость.

Чесоточные ходы в области кистей рук обычно имели вид извилистых пупкитриных линий длиной от 0,5 до 0,8 см, причем часто имелись осложнения пиогенной инфекцией. На других участках кожи они обычно имели вид отежных продолговатых розоватых валиков длиной от 0,5 до 1 см, в крайне редких случаях — до 2 см.

При не осложненной пиодермией чесотке типичная сыпь состояла преимущественно из мелких папуло-везикулезных элементов, размером до просяного зерна, и сравнительно реже из более крупных папуло-уртикарных элементов, размером до чечевицы, без четких периферических очертаний.

У небольшого числа больных, главным образом при повторно рецидивирующей и уже леченной чесотке, отмечались иногда довольно распространенные участки лихенифицированной кожи на туловище и конечностях с явлениями вторичной экзематизации и резким зудом.

В ряде случаев наблюдались также более острые проявления воспаления и мокнутия, особенно в области кожных складок и на участках с тонкой кожей — на внутренней поверхности бедер, боковых частях туловища и животе. Они обычно возникали в результате раздражения кожи некоторыми медикаментозными средствами (мыло К, серные мази и др.) при длительном их применении.

При наличии пиогенных осложнений типа стрепто- и стафилодермий у большинства чесоточных больных наблюдалось множественное увеличение подкожных лимфатических узлов — шейных, подмышечных, локтевых и бедренных. В тех же случаях у ряда больных наблюдались умеренные явления альбуминурии (до 0,6‰), умеренная эозинофилия (до 6—10%) и увеличение числа лейкоцитов до 8 000—10 000. По наблюдениям М. М. Кузнецова, такие сдвиги наблюдались примерно в 10,0% всех случаев чесотки. Все эти симптомы общих явлений были преходящими и быстро исчезали после излечения чесотки.

Лечение. Характеризуя итоги лечения больных чесоткой в лечебных учреждениях Советской Армии, следует прежде всего остановиться на распределении больных чесоткой по отдельным этапам эвакуации (табл. 22 и 23).

Таблица 22

Распределение больных чесоткой по отдельным этапам эвакуации в процентах к общему количеству госпитализированных кожных больных

Этап Диагноз	Войско- вой район	Армей- ский район	Фронт- вой район	Тыло- вой район
Неосложненная че- сотка	19,8	5,4	4,1	3,4
Осложненная чесот- ка	12,7	16,5	18,2	14,3
Прочие болезни ко- жи	67,5	78,1	77,7	82,3
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 23

Распределение больных чесоткой на отдельных этапах эвакуации (в процентах)

Этап Диагноз	Войсковой район	Армейский район	Фронтальный район	Тыловой район	Итого
Неосложненная чесотка	16,6	35,6	35,7	12,1	100,0
Осложненная чесотка	3,3	32,6	48,6	15,5	100,0
Всего чесоточных больных	6,4	33,3	45,5	14,8	100,0

Данные табл. 23 указывают на значительный процент госпитализации больных чесоткой вообще, в частности — больных неосложненной чесоткой, что вполне соответствует ранее сказанному о широком стационарном их лечении.

Как видно из табл. 23, основная масса чесоточных больных была госпитализирована в лечебных учреждениях армейского и фронтового района, а также в небольшом количестве и на ДМП, где по преимуществу госпитализировались больные с неосложненной чесоткой.

Значительно меньший процент чесоточных больных в лечебных учреждениях тылового района свидетельствует о том, что распространение чесотки в тыловых гарнизонах было значительно меньшим, чем в частях действующей армии.

Длительность лечения госпитализированных больных равнялась в среднем за все годы войны для неосложненной чесотки — 12,9 койко-дням, а для осложненной — 24,4 койко-дням.

Более подробный анализ сроков лечения неосложненной и осложненной чесотки представлен в табл. 24.

Таблица 24

Распределение больных чесоткой по срокам лечения (в процентах к каждой форме болезни)

Срок излечения Диагноз	До 5 дней	5—9 дней	10—19 дней	20 дней и больше
Чесотка неосложненная	26,6	37,2	26,7	9,5
Чесотка осложненная:				
а) экземой и дерматитом	11,0	28,5	30,2	30,3
б) пиодермитами	7,2	20,0	34,1	38,7
В среднем по всем формам чесотки	7,7	21,0	33,6	37,7

Данные табл. 24 показывают, что основная масса больных неосложненной чесоткой (63,8%) излечивалась в достаточно короткие сроки — до 10 дней. Все же еще значительный процент больных неосложненной чесоткой, лечившихся более продолжительные сроки, может быть отнесен за счет нередко развивавшихся в процессе энергичного лечения вто-

ричных экзематизаций и медикаментозных дерматитов, удлинявших сроки пребывания этих больных в лечебных учреждениях.

Учитывая значительную тяжесть кожных поражений при осложненной чесотке, сроки излечения вряд ли можно считать значительно превышающими лечение осложненных форм даже в клинической обстановке в мирное время.

Известно, что лечение чесотки, несмотря на кажущуюся простоту, в ряде случаев представляет значительные трудности в особенности при осложненной ее форме. Существует очень много разнообразных противочесоточных средств и способов их применения.

Противочесоточные средства, применявшиеся во время войны в лечебных учреждениях Советской Армии, можно разбить на четыре основные группы. К первой группе следует отнести наиболее распространенные препараты, в которых действующим акарицидным началом является сера или ее производные. В нее входят в первую очередь серные мази различной концентрации (от 10 до 33%) и мазь Вилькинсона, а также различные модифицированные серные мази, применяемые как для обычного, так и для ускоренного метода лечения чесотки. К этой же группе относится широко известная в СССР гипосульфитная терапия по М. П. Демьяновичу со всеми ее пятью модификациями. Сера как действующее начало входит в состав многих жидких полисульфидных смесей — жидкости Флемминга и др.

Из этих многочисленных средств во время войны нашли самое широкое применение в лечебных учреждениях Советской Армии в первую очередь серные мази обычной концентрации и мазь Вилькинсона. Помимо них, довольно широко применялась гипосульфитная терапия по М. П. Демьяновичу; частично некоторые врачи применяли жидкость Флемминга, альбихтоловую мазь и другие средства. Советскими авторами во время войны был предложен ряд новых противочесоточных серных препаратов: серное мыло Дьякова, 25—50% серно-нефтяная мазь Добродравова, полисульфидная мазь Ведрова и Нолле и мазь с K_2S_5 по пятой модификации гипосульфитной терапии М. П. Демьяновича, 30% сернонафталиновая мазь Ябленика. Из этих средств особенно следует отметить серное мыло Дьякова, ввиду простоты его приготовления (серы — 250,0, мыла хозяйственного 200,0, муки 50,0, воды 500,0), а также бесспорной эффективности при правильном его применении. Многие врачи дали высокую оценку этому препарату, довольно широко применявшемуся в лечебных учреждениях Советской Армии. Серно-нефтяная мазь (25 и 50% концентрации), благодаря доступности своих составных частей и высокой терапевтической эффективности, также заслуживает внимания.

Во вторую группу противочесоточных средств следует включить противопаразитарные средства, обладающие инсектицидными свойствами и предназначенные в основном для борьбы с эктопаразитами. Основным средством из этой группы, особенно широко применявшимся рядом дерматологов во время войны для лечения чесотки, является препарат К (бисатилксантоген).

Способы применения этого средства во время войны были весьма разнообразны. Чаще всего мыло К применялось в форме 5—10% эмульсии, которую втирали ежедневно по 10—20 минут. П. Е. Маслов получал хороший эффект от применения 5% пасты (бисатилксантогена 5,0, талька 10,0, вазелина 85,0). М. М. Кузнец применял опрыскивание кожи 5% эмульсией мыла К из гидропульты с последующим энергичным втирани-

ем раствора в кожу в течение 10—20 минут. Такая процедура повторялась в течение 4—5 дней, что в большинстве случаев приводило к излечению неосложненных или мало осложненных форм чесотки. По отзывам большинства авторов, эффективность препарата К при осложненных формах чесотки значительно ниже, чем при неосложненной, почему необходимо длительное и повторное его применение. При повторных же применениях, согласно данным большинства авторов, наблюдается значительный процент дерматитов (от 10,0 до 30,0 и более), что приводит к удлинению сроков лечения и госпитализации.

Из других инсектицидных средств были испытаны в военные годы мазь с 5—10% содержанием порошка пиретры, раствор анабазина, настойка из махорки и ряд других.

Однако ни одно из этих инсектицидных средств не получило широкого распространения, так как, наряду с акарицидными свойствами, все они вызывали в большинстве случаев значительное раздражение кожи.

К третьей группе противочесоточных средств принадлежат простые, «народные», методы лечения чесотки общедоступными средствами, имеющимися в повседневном обиходе. Сюда следует отнести лечение чесотки смазываниями чистым дегтем, керосином в чистом виде или псолоам с растительным маслом, бензином, автоловым маслом, мазутем или сырой нефтью.

Весьма простым и общедоступным методом лечения чесотки является также лечение зольным щелоком (Ф. Н. Гринчар, А. А. Алявдин, В. Н. Добронравов). Не отличаясь высоким лечебным действием, все эти простые средства при правильном их применении, несомненно, способны ликвидировать заболевание чесоткой, но требуют известной осторожности вследствие часто возникающих при этом воспалительных реакций со стороны кожи.

По данным С. Т. Павлова, многие партизанские отряды и скрывавшееся в тылу врага гражданское население были вынуждены применять для лечения чесотки эти простые средства, как единственно доступные в тяжелых бытовых условиях партизанской войны.

В последнюю, четвертую, группу следует включить бальзамические средства — перувианский бальзам, стиракс или синтетические производные их действующего начала, нашедшие особенно широкое распространение в ряде иностранных армий после первой, а также во время второй мировой войны.

По отзывам ряда авторов, средства, содержащие бензилбензоат, весьма эффективны, лишены запаха, опрятны, мало раздражают кожу и с этой точки зрения являются особенно ценными противочесоточными средствами.

Некоторые отечественные дерматологи, применявшие препараты этого типа в армии в военные годы (А. Д. Шехтер, Л. И. Соголов и др.), также дали весьма положительный отзыв об их терапевтическом действии при осложненных и неосложненных формах чесотки.

Во время войны наиболее часто применялось лечение чесотки серными мазями и мазью Вилькинсона. На втором месте стояла гипосульфитная терапия по М. П. Демьяновичу (третья модификация: 60% раствор гипосульфита и 6% раствор соляной кислоты). Все другие методы применялись значительно реже (табл. 25).

Большой процент лечения серными мазями и мазью Вилькинсона основывался на высокой эффективности этих методов, применявшихся

Таблица 25

Лечебные мероприятия при чесотке (в процентах)

Методы лечения Диагноза	Серные мази, мазь Вилькин- сона	Метод Демья- новича	Прочие методы	Итого
Неосложненная че- сотка	70,1	18,9	12,0	100,0
Осложненная чесот- ка	78,1	11,9	10,0	100,0

не только в качестве основного метода лечения, но и для окончательного излечения при безуспешном использовании всех других способов лечения чесотки. Так, изучение эффективности метода М. П. Демьяновича, применявшегося в 18,9% случаев неосложненной чесотки и в 11,9% случаев осложненной чесотки, показало, что в своем чистом виде этот метод оказался вполне эффективным даже при повторных применениях только в 43,8% случаев неосложненной чесотки и лишь в 34,6% случаев осложненной чесотки. Во всех остальных случаях после безуспешного лечения по методу М. П. Демьяновича проводилось долечивание серными мазями или мазью Вилькинсона.

Изучение эффективности однократных, ускоренных способов лечения неосложненной чесотки различными средствами показало, что даже в госпитальных условиях ускоренные методы лечения чесотки, независимо от характера применявшегося медикамента, оказались вполне эффективными лишь в 41,0% случаев; в 59,0% случаев наблюдались неудачи и приходилось долечивать теми же серными мазями и мазью Вилькинсона.

Опыт лечения чесотки в лечебных учреждениях Советской Армии в период Великой Отечественной войны позволяет сделать следующие выводы.

1. При выборе способа лечения чесотки следует прежде всего учесть общую эпидемиологическую обстановку. Очевидно, в полевой обстановке или при казарменном расположении, в зависимости от степени распространения заболеваний в войсках или среди окружающего гражданского населения, организационные и лечебные мероприятия могут носить различный характер.

2. Любой способ лечения чесотки должен иметь целью уничтожение чесоточных клещей всех генераций, особенно же гнездящихся в чесоточных ходах половозрелых самок, и их яиц. Этого можно достигнуть лишь энергично втирая различные противочесоточные средства, чтобы разрушить все чесоточные ходы; очевидно, без энергичной обработки кожи больного добиться полного излечения нельзя, и рецидив будет неизбежным. Следовательно, важно не только то или иное средство, но и способ его применения.

3. При выборе метода лечения врач обязан учесть клиническую картину болезни и правильно подойти к лечению чесотки, осложненной пиодермией, дерматитами и экземой. При чесотке, осложненной пиодермией, нельзя применять скорые одномоментные методы, какие бы средства ни применялись, тогда как неосложненные формы чесотки легко поддаются этому лечению. При выраженной склонности к экземе и наличии дерматитов необходим осторожный подход и применение более нежных, не раздражающих средств.

4. Наиболее ценными свойствами эффективных противочесоточных средств являются: а) быстрота и надежность акарицидного действия, выявляющиеся после кратковременного воздействия или даже после однократного применения средства; б) отсутствие раздражающего действия на кожу; в) простота приготовления и метода его применения; г) сохранение опрятности и гигиеничности при употреблении; д) доступность для широкого массового применения.

5. Необходимо считать обязательным применение хотя бы примитивной и упрощенной дезинфекции одежды, соприкасавшейся с пораженной кожей больных, наряду с обязательной сменой белья.

Подвергая критической оценке применявшиеся в период Великой Отечественной войны противочесоточные средства и способы их применения, следует признать, что ни одно из них не удовлетворяет полностью всем указанным требованиям.

В заключение необходимо отметить, что в борьбе с распространением чесотки в частях Советской Армии в период Великой Отечественной войны огромную роль сыграла вся система организационных и профилактических мероприятий, лежащая в основе деятельности военно-медицинской службы Советской Армии. Строгое соблюдение основных уставных положений о карантинах для всех вновь прибывающих в часть пополнений и призывников, тщательные осмотры всех возвращающихся из командировок и отпусков, немедленная изоляция и лечение всех заболевших чесоткой сами по себе уже исключали возможность эпидемических вспышек в действующих и резервных частях армии.

Продуманная система санитарно-эпидемиологической разведки, как правило, своевременно предупреждала командование и медицинскую службу воинских частей об эпидемическом состоянии районов расквартирования войск и способствовала принятию надлежащих организационных и профилактических мер.

Наряду с организацией лечебных и профилактических мероприятий в войсковых частях, лечебные учреждения военно-медицинской службы Советской Армии принимали самое активное участие в организации оздоровительных мероприятий среди гражданского населения, освобожденного от оккупации, основной массы беженцев и репатриантов, а также личного состава партизанских отрядов.

Мощная сеть лечебных учреждений войскового, армейского и фронтового района допускала полную возможность не только амбулаторного и стационарного лечения всех заболевших, но и своевременной профилактической санитарной обработки всех подозрительных лиц, соприкасавшихся с больными при одновременной дезинфекции их белья и одежды.

Все эти мероприятия, систематически и повсеместно осуществлявшиеся лечебными учреждениями военно-медицинской службы Советской Армии, исключали возможность массовых эпидемических вспышек чесотки как в действующих, так и в тыловых частях армии.

Значительно меньшее по сравнению с прошлыми войнами распространение чесотки в Советской Армии, посившее не постоянный, а лишь эпизодический характер, явилось прежде всего результатом высокого культурного уровня советских войск, общих санитарно-гигиенических мероприятий, успешно проводившихся военно-медицинской службой, а также плановым дермато-венерологическим обслуживанием войск.

ГЛАВА V

ОКОЛОРАНЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ

К истинным дерматозам военного времени должны быть отнесены **околораневые**, или паратравматические, поражения кожи, само определение которых предполагает развитие их в окружности раны. До Великой Отечественной войны термин «околораневые поражения кожи» в дерматологии не употреблялся. Введенный Дарье после первой мировой войны термин «паратравматическая экзема» суживал это понятие и послужил причиной развившейся путаницы и отождествления околораневой микробной экземы с некоторыми формами хронически протекающих пиодермий.

В настоящее время под околораневыми поражениями кожи понимают всю группу кожных болезней, развивающихся вокруг раны в течение всего времени ее существования.

Если обратиться к истории вопроса, то необходимо предположить, что заболевания эти должны были быть давно известны хирургам. Однако до первой мировой войны ни в хирургической, ни в дерматологической литературе указаний на околораневые поражения кожи не встречается. Только в 1916 г. В. В. Иванов в своей работе о болезнях кожи в военное время, приводя описание особой формы экземы в окружности втянутых и спаянных с кожей после раневых рубцов, отметил, что ему приходилось неоднократно наблюдать подобные поражения и раньше, главным образом во время войны с Японией. Отмечая большое практическое значение этой формы поражений кожи, он одновременно высказал сомнение в том, можно ли рассматривать таковую как экзему. Ряд клинических особенностей заставил В. В. Иванова предположить грибковую этиологию этого страдания, но неоднократные попытки обнаружить грибки оказались безуспешными. В. В. Иванов довольно подробно описал патогенез и клинику этих дерматозов и на основании своего большого опыта рекомендовал соответствующие терапевтические и профилактические мероприятия. Таким образом, следует считать, что В. В. Иванов первый отметил еще в 1904 г. особенности и своеобразие течения кожных поражений, развивающихся вокруг втянутых рубцов, но опубликовал их только в 1916 г., после накопления новых наблюдений.

Некоторые французские дерматологи в годы первой мировой войны также сообщили свои наблюдения над своеобразными кожными поражениями, развивающимися в окружности ран или сыпевых ходов, рассматривая эти поражения как особую форму дермо-эпидермидов микробной (пиогенной) природы. Гужеро отметил четыре клинические разновидности, представляющие по существу различные стадии одного и того же патологического процесса. Тщательные бактериологические исследования позволили ему установить чаще стрептококковую и реже стафилококковую этиологию околораневых дермо-эпидермидов. Дезо (Deseaux) также пришел к выводу, что околораневые

поражения кожи представляют собой хроническую форму пиодермита, а не экзематозный процесс, и что ведущую роль в развитии этих околораневых поражений играет стрептококк, которого он закономерно выделял в чистой культуре из начальных элементов поражения (фликтен). При дальнейшем развитии процесса посевы обнаруживали, наряду со стрептококком, и золотистого стафилококка. Однако Дезо, несмотря на постоянство таких находок, рассматривал стафилококка лишь как сопутствующего микроба. Производя одновременно посевы и со здоровой кожей в окружении поражения, он получил рост не золотистого, а обычного серого анаэробного стафилококка. Это заставило его предположить, что при соответствующих благоприятных условиях один вид стафилококка может переходить в другой.

Тибьерж также рассматривает околораневые дермо-эпидермиды как особую форму пиококкового поражения кожи. Таким образом, французские дерматологи, описав клинику околораневых экземоподобных дермо-эпидермидов, наблюдавшихся ими во время первой мировой войны, рассматривали их как своеобразную форму хронической пиодермии, преимущественно стрептококковой природы. Несколько позже Дарье, учитывая, с одной стороны, некоторое морфологическое сходство разбираемых форм с экземой, а с другой — их развитие в окружности ранений и на месте разнообразных травм, предложил называть эти поражения паратравматическими экземами, признавая при этом микробную природу последних. С этого момента термин «паратравматическая экзема» стал широко применяться дерматологами и, вследствие нечеткости самого определения, явился причиной многочисленных дискуссий.

В период между двумя мировыми войнами околораневые дерматозы не являлись предметом специального изучения. За этот период был вновь пересмотрен вопрос об экземах, среди которых была выделена особая форма — микробная экзема. Углубилось и расширилось учение о пиодермитах, был выделен и подробно разработан вопрос о хронических их разновидностях и о так называемых вторичных реакциях кожи при них. В связи с этим вновь встал вопрос и об околораневых дермо-эпидермитах. Следует отметить, что в изучении всех этих практически важных вопросов отечественные дерматологи заняли ведущее место (О. Н. Подвысоцкая, М. Г. Мгебров, П. А. Черногубов, В. И. Фельдман, А. М. Кричевский и др.).

Вторая мировая война вновь привела к значительному распространению околораневых поражений кожи. Частота этих поражений, их упорство по отношению к терапевтическим мероприятиям, с одной стороны, замедление заживления раны и задержка при наличии кожных изменений оперативного вмешательства — с другой, должны были повысить интерес к этим страданиям. Однако в зарубежной литературе, как в специальной дерматологической, так и в хирургической, до настоящего времени вопрос этот не освещен. В противоположность этому в отечественной литературе было опубликовано большое количество работ, всесторонне освещающих вопрос об околораневых поражениях кожи (Л. Н. Машкиллейсон, Н. Л. Россиянский, П. В. Кожевников, М. Ф. Синани, С. Е. Горбовицкий, М. П. Батунин, А. Я. Виленчук, П. А. Иванов и др.).

Заслуга отечественных дерматологов состоит в том, что они с первых дней войны осознали практическую важность разбираемого вопроса и широко популяризировали его в общей медицинской прессе, уделяв достаточное внимание клиническому течению околораневых дерматозов и подчеркнув особенности их профилактики и лечения. Массовость наблюдений позволила отечественным дерматологам изучить клинику околораневых дерматозов, дать их классификацию, уяснить их патогенез и накопить огромный опыт в лечении и профилактике этих заболеваний.

Термин «околораневые поражения кожи» введен во время Великой Отечественной войны русскими авторами, которые таким широким определением стремились объединить в одном понятии всю массу разнообразных патологических процессов, развивающихся на коже в окружности

ран, и показать, что существовавший раньше термин «паратравматическая экзема» охватывал только часть этих процессов.

Исключив ряд вульгарных дерматозов, околораневая локализация которых имеет случайный характер, можно представить классификацию околораневых поражений кожи в следующем виде:

Околораневые по- ражения кожи	{	I. Околораневые дерматиты	{	а) острые стафилодер- мии
		II. Околоране- вые пио- дермии		{
		1. Стафилодер- мии	{	
		2. Стрептодер- мии		{
		III. Околораневые микробные экземы.		

Околораневые поражения составляли 3,4% общего числа кожных болезней, причем по годам войны удельный вес их среди всех кожных болезней возрастал: от 1,9% в первый год войны до 3,3% во второй год, 3,6% в третий год и 3,8% в четвертый год войны.

Увеличение числа околораневых поражений кожи со второго года войны объяснялось прежде всего особенностями течения разбираемых форм, которые наиболее часто развивались через 2—3 и более месяцев после ранения. Следовательно, их можно было наблюдать только со второй половины первого года войны, а потому и общий их процент за этот период значительно меньше. Следует также иметь в виду и сравнительно малое знакомство широкой массы врачей в начале войны с этими поражениями и в связи с этим неполную их регистрацию. В последующие годы процент этот, как мы видим, колебался в очень ограниченных пределах.

Изучение соответствующих материалов не выявило заметного влияния возраста на учащение околораневых осложнений и на удлинение срока лечения их. Однако ряд врачей отмечал у лиц более старших возрастов учащение количества околораневых поражений и удлинение заболевания почти вдвое.

Приводим локализацию околораневых поражений кожи.

Локализация околораневых поражений кожи	Процент
Волосистая часть головы	0,3
Лицо и шея	0,7
Верхние конечности	5,5
Рука	1,0
Нижние конечности	74,8
Стопа	3,3
Сочетанная локализация	7,5
Распространенная локализация	5,9
Прочие локализации	1,0
Всего	100,0

Отсюда видно, что околораневые поражения кожи располагались преимущественно на нижних конечностях, в частности, на голених. Это зависит прежде всего от большей частоты ранений нижних конечностей, тяжести ранений, длительности их заживления, а также и от более резко выраженных нарушений кровоснабжения.

Околораневые поражения кожи только в 28,2% случаев возникали в течение первого месяца после ранения, в большинстве же случаев от момента ранения до выявления поражения кожи вокруг раны проходил более или менее продолжительный срок (в 13,0% от 1 до 2 месяцев, в 11,1% от 2 до 3 месяцев и в 47,7% более 3 месяцев). Изучение историй болезни и личные наблюдения показали, что в ранние после ранения сроки наблюдались по преимуществу острые формы пиодермитов и дерматиты, хронические же пиогенные эпидермодермиты и микробные экземы развивались в более длительные сроки, что объясняется более сложным патогенезом последних, о чем подробно будет говориться ниже.

Продолжительность лечения больных с околораневыми поражениями кожи на различных этапах эвакуации отражена в табл. 26.

Таблица 26

Распределение околораневых поражений
по продолжительности лечения на этапах эвакуации
(в процентах)

Этап \ Продолжительность лечения	До 1 месяца	От 1 до 2 месяцев	От 2 месяцев и более	Всего
Армейский район	73,7	15,8	10,5	100,0
Фронтвой »	55,3	30,5	14,2	100,0
Тыловой »	48,9	28,9	22,2	100,0
		51,1		

Анализируя табл. 26, можно отметить, что легкие формы околораневых поражений кожи, излечивавшиеся в срок до 1 месяца, составляли в армейском районе около трех четвертей всех околораневых поражений кожи, тогда как во фронтовом и тыловом районе на их долю приходилась приблизительно половина всех случаев. Вместе с тем 26,3% раненых, имевших околораневые поражения кожи продолжительностью в 1—2 и более месяцев, находилась на излечении в армейском районе, во фронтовом же районе этот процент повышался до 44,7.

Распределение околораневых дерматозов по отдельным формам, установленным на основании разработки историй болезни, представлено в табл. 27.

Таблица 27

Распределение околораневых дерматозов по отдельным формам
(в процентах)

Формы околораневых поражений	Дерматиты	Пиодермии		Микробные экземы	Прочие	Всего
		стафилодермии	стрептодермии			
	2,9	7,2	16,9	69,4	3,6	100,0

Данные табл. 27 показывают, что основную массу околораневых поражений составляли микробные экземы. Однако, рассматривая эти данные, следует учитывать постоянно наблюдаемые переходы одной формы околораневых дерматозов в другую — обычно более простой в сложную.

Неадекватный процент дерматитов и пиодермий объясняется тем, что сюда вошли только те случаи, в которых этих переходов не наступало. Фактически околораневых дерматитов и пиодермий было значительно больше, но они ускользнули от учета, так как последний производился на основании заключительного диагноза.

Околораневые дерматиты развиваются в окружности раны под влиянием разнообразных раздражающих факторов, чаще всего механической и химической природы. Основное место в развитии дерматитов должно быть отведено механическому трению повязкой, в частности, гипсовой, которая во время Великой Отечественной войны получила, как известно, исключительно широкое применение. Помимо того, наблюдения показали, что всасывающая способность гипса при наличии обширных ран совершенно не достаточна. По мере гранулирования раны гипсовая повязка все больше промокает, а гнойное отделяемое, скапливаясь на ее пологих участках, мацерирует кожу, что обуславливает возникновение околораневых дерматитов. Возможность этого осложнения отнюдь не умаляет значения гипсовой повязки и не снижает показаний к ее применению, — она только заставляет хирурга, ввиду возможности околораневых дерматитов, применять соответствующие профилактические мероприятия, защищающие кожу в окружности раны от возможных раздражений.

Не менее важное значение в развитии околораневых дерматитов играли клеоловые и пластырные повязки, указания на которые встречаются в ряде отчетов фронтовых дермато-венерологов. Некоторые хирурги вместо клеола пользовались различными комбинациями древесных смол, которые представляют смесь сложных терпенов, обладающих резким раздражающим действием. Развивающиеся при применении указанных повязок дерматиты в большинстве случаев ограничивались появлением разлитой красноты, за которой быстро наступало шелушение. Однако нередко наблюдались и буллезные формы таких дерматитов. В этих случаях крышка пузырей обычно срывается при первой же смене клеоловой повязки, образуемая же при этом довольно обширная эрозивная поверхность легко инфицируется раневым отделяемым.

Из медикаментозных факторов, вызывавших околораневые дерматиты, основными являлись разнообразные антисептические средства (иод, риванол, хлорамин, перекись водорода, ртуть, сульфамиды, иодформ и многие другие). Из них прежде всего следует отметить иодную настойку, нередко вызывающую повреждение эпидермиса, который отслаивается на значительном протяжении. Возникший таким образом дерматит, будучи сам по себе кратковременным, может служить причиной внесения в эпидермис вторичной инфекции с последующим развитием упорных микробных эпидермодермитов. На злоупотребление иодной настойкой в первую мировую войну указывали многие отечественные хирурги; это подчеркивал также и В. В. Иванов. Однако и во время Великой Отечественной войны иодная настойка широко применялась, являясь одной из частых причин возникновения медикаментозных дерматитов вокруг раны.

Перекись водорода, растворы риванола, хлорамина, широко применявшиеся при лечении рап, также служили в отдельных случаях причиной развития околораневых эритематозных дерматитов, иногда с примесью микровезикулезных и буллезных элементов.

Особого внимания, вследствие своеобразного клинического течения, заслуживают ртутные дерматиты, которые раньше наблюдались значительно чаще; в основном они вызывались широким использованием сулемовых индивидуальных антисептических пакетов. Эти пакеты в настоящее время у нас не применяются. Другой причиной ртутных дерматитов являлись растворы сулемы и цианистой ртути, которые еще употребляются некоторыми хирургами, окулистами, урологами и гинекологами. Дерматиты эти могут иметь как местный, так и разлитой характер различной интенсивности. При местных дерматитах дело может ограничиться только появлением в окружности раны зудящей эритемы, быстро переходящей в шелушение. В ряде же случаев к местной эритеме присоединяется высыпание пузырьков и пузырей с последующим развитием мокнутия. В тяжелых случаях ртутные дерматиты могут захватывать огромные участки кожи и приобретать характер токсической эритродермии. В таких случаях, наряду с местными явлениями, развивающимися в окружности раны, отмечается покраснение в паховой области, на внутренних поверхностях бедер, в подмышечных впадинах, в области пупка и шеп. В дальнейшем эритема распространяется на лицо, туловище и конечности, почти всегда захватывая при этом ладони и подошвы. Чаще всего такая эритема, сопровождающаяся значительным зудом, продержавшись неделю, сменяется обильным шелушением, и весь процесс заканчивается в 2—3 недели. Значительно реже, наряду с эритемой, отмечается резкий отек кожи, появление большого количества крупных пузырей, мокнутия и наложения медообразных корок. Общее состояние раненого при этом резко ухудшается: температура повышается до 39—40°, отмечается отсутствие аппетита, сухость во рту, сильная жажда, головная боль, бессонница, нередко упадок сердечной деятельности, заметно снижается суточное количество мочи. При обратном развитии ртутных эритродермий наблюдается крупнопластинчатое, скарлатиноподобное шелушение, особенно характерное в области ладоней и стоп, где эпидермис сходит, как «перчатка». Появление фурункулов, гидраденитов и абсцессов осложняет и без того тяжелое течение этих эритродермий, длящихся 1½—2 и более месяцев.

Хотя описанные тяжелые формы ртутных дерматитов и могут начинаться в окружности раны, но по характеру распространения выходят из рамок разбираемых околораневых процессов.

Заслуживают внимания дерматиты, обусловленные применением присыпок сульфаниламидных препаратов. Разобранные нами материалы не дали указаний на подобные дерматиты. Однако в зарубежных армиях они наблюдались.

Петеркин отмечает в английской армии, оперировавшей в Северной Африке в феврале 1943 г. по декабрь 1944 г., 650 случаев осложнений при местном применении сульфаниламидов. Главную массу этих осложнений составляли сульфаниламидные светочувствительные дерматиты; к околораневым дерматитам они не имеют отношения. 17,2% всех сульфаниламидных осложнений, по его данным, относятся к контактным дерматитам, т. е. к дерматитам, развившимся в окружности раны, присыпанной сульфаниламидами. В большинстве случаев эти контактные дерматиты имели характер скоропроходящей эритемы; изредка одновременно с ней отмечалось наличие пузырей. Автор указывает, что наименьшее количество сульфаниламидных дерматитов наблюдалось при применении сульфадиазина и сульфатуалидина.

Следует также отметить дерматиты от иодоформа, который в минувшую войну в значительной мере утратил свое практическое значение. Поражения в таких случаях носят характер рожистоподобной красноты, на фоне которой выступает микровезикулезная, часто сливающаяся, напоминающая экзему сыпь.

Следовательно, несмотря на разнообразие факторов, клиническая картина околораневых дерматитов более или менее однообразна и характеризуется острыми, в большинстве случаев быстро проходящими изменениями. Однако последние, нарушая так или иначе целостность кожного покрова, могут в дальнейшем привести к развитию других, более упорных околораневых осложнений.

Околораневые пиодермии являются наиболее разнообразными околораневыми поражениями кожи. Они подразделяются, в зависимости от вида вызывающего их микроба, на околораневые стафилодермии и стрептодермии; нередко наблюдались и смешанные формы, вызывавшиеся ассоциацией обоих микробов. Из околораневых стафилодермий необходимо прежде всего отметить часто наблюдавшиеся фолликулиты, обратное развитие которых в большинстве случаев характеризовалось вялым затяжным течением. Такое необычное обратное развитие фолликулитов обуславливалось как редкой сменой раневой повязки, так и трофическими нарушениями кожи в области ранения. Образующиеся после вскрытия фолликулитов эрозии и язвочки нередко осложнялись стрептококковой инфекцией из раны, что вело в конечном счете к развитию эктим. По тем же причинам удлинялись сроки обратного развития фурункулов и карбункулов, изредка располагавшихся вокруг раны. Все эти формы бапальных стафилодермий получают в окружающей раны благоприятные условия для диссеминации и рецидивирования и при перациональном лечении могут затягиваться на весьма длительный срок. Значительно реже наблюдались хронические формы околораневых стафилодермий.

Особого описания заслуживает хроническая сикозиформная околораневая стафилодермия (*staphylocodermia paratraumatica chronica sycosiformis*), развивающаяся преимущественно на культе после ампутации конечности, особенно голени. Процесс начинается с высыпания простых остеофолликулитов, выявляющихся вокруг раны на участках, покрытых грубыми волосами. В результате поступления свежего инфекционного материала из раны фолликулиты принимают хроническую рецидивирующую течение и сопровождаются значительной инфильтрацией пораженного участка. На высоте развития поражения в области культи, часто еще полностью не зарубцевавшейся, при наличии свищевых ходов или вяло гранулирующей язвы, отмечается небольших размеров резко ограниченный инфильтрированный участок кожи синюшно-красного цвета. Поверхность этого участка покрыта мелкими фолликулярными пустулками в различных стадиях развития, множеством желтовато-коричневых корок и конических узелков. Местами видны небольшие капельки гноя, выступающие из вскрывшихся остеофолликулитов, и точечные перифолликулярные эрозии.

Поражение сопровождается ощущениями значительного зуда, жжения, иногда боли. Длительное течение такого процесса в области культи нередко препятствует понятию протеза и надолго задерживает производство часто необходимой в таких случаях реампутации.

Околораневые стрептодермии наблюдаются значительно чаще. Из них прежде всего необходимо указать на различные формы импетиго,

которые в окружности раны не образуют характерных для них светло-желтых корок, чему препятствует наличие постоянной повязки и обильные выделения из раны. В таких условиях поверхностная стрептококковая фликтена легко лишается своей тонкой крышки и приобретает вид небольшой округлой эрозии, окаймленной узкой полоской отслаивающегося эпидермиса и окруженной нежным розовым воспалительным венчиком. Таких эрозий в ближайшей окружности раны обычно отмечается несколько, а при отсутствии надлежащего лечения наблюдается дальнейшая диссеминация и увеличение эрозий путем периферического роста.

Значительно чаще наблюдалось развитие вокруг раны эким. В ряде случаев рана осложнялась стрептококковой инфекцией, и ее заживление неожиданно приостанавливалось: дно раны делалось сероватым и пестрым от чередования сероватых участков и свежих грануляций; менялся и характер краев раны: они лишались краевой полоски эпителизации и нередко становились подрывными. Такая инфицированная рана уже перестает быть раной, а превращается в язву, имеющую тенденцию к медленному периферическому росту. П. В. Кожевников справедливо называет их «раневыми экими».

Кроме только что описанной «раневой экимы», в окружности раны наблюдались и экимы обычного типа, которые образовывались или первично, или за счет присоединения стрептококковой инфекции к изъязвлениям, появлявшимся при обратном развитии фолликулитов и фурункулов. В том и в другом случае вокруг раны развивались медленно заживающие язвы. Глубина язв, их размеры, а в связи с этим и длительность их течения были различны. Дно язв, неровное, зернистое, покрытое грязно-серым налетом, отделяло обильный жидкий сукровично-гнойный секрет. Язвы были болезненны, протекали крайне вяло и после длительного периода незначительного периферического роста начинали медленно выполняться грануляциями. Края их, ранее инфильтрированные, оседали, сама язва уменьшалась в размерах и постепенно рубцевалась, оставляя на своем месте резко пигментированный рубец.

Самой распространенной и практически наиболее важной формой околораневых пиодермий являлась хроническая диффузная околораневая стрептодермия.

Термин этот, введенный М. Г. Мгебровым, в настоящее время приобретает все больше сторонников, но все же полной договоренности по этому вопросу еще нет.

Необходимо подчеркнуть, что включение диффузных стрептодермий в группу микробных экзем ничем не обосновано. Оно искусственно расширяет рамки понятия об экзематозной реакции и не укладывается в общепризнанную картину экземы. Околораневая диффузная стрептодермия — один из видов хронических стрептодермий, подробное описание которых приведено выше, в главе «Гнойничковые болезни кожи». Эта форма околораневых пиодермий может развиваться в окружности любой раны, но наблюдается значительно чаще после тяжелых ранений, с повреждением кости и развитием остеомиелита, или при наличии в ране инородного тела. При этом нередко отмечается существование свищевых ходов и повреждение того или иного из периферических нервов. Указание фронтовых дермато-венерологов на то, что эта форма околораневых стрептодермий развивалась преимущественно в окружности ранений мягких тканей, опровергается анализом данных общего учета этой группы ранений. Отмеченный фронтовыми дермато-венерологами факт отражает только

характер основного контингента раненых, подвергавшихся лечению в армейском и фронтовом районе.

Разбираемая форма околораневых стрептодермий развивалась обычно не тотчас же после ранения, а значительно позднее. В 62,0% случаев до возникновения кожных поражений проходило более месяца, а в 30,0% кожные изменения наступали через 3 и более месяцев после ранения. Такое позднее появление кожных поражений обуславливалось лишь постепенным развитием изменений реактивности кожи, лежащих в основе патогенеза этого заболевания.

В большинстве случаев поражение кожи локализуется в окружности раны, которая нередко располагается эксцентрично. Однако при наличии гипсовой повязки оно может наблюдаться и ниже раны, на месте скопления затекающего гноя. Околораневая стрептодермия располагается преимущественно на нижних конечностях, особенно на голенях. Размеры очагов поражения значительно колеблются. Довольно часто поперечный диаметр их равняется 15—20 и более сантиметрам, а подчас поражение кожи циркулярно охватывает всю конечность — голень, бедро, предплечье, плечо.

Хроническая форма стрептодермии начинается с появления нескольких слабо напряженных фликтен в окружности раны. Расширяясь по периферии и количественно увеличиваясь, они захватывают значительные участки кожи. В дальнейшем покрывки таких фликтен разрываются, от них остаются только следы в виде обрывков, окаймляющих обширные диффузно мокнущие поверхности. Постепенно экссудация становится менее обильной, вновь высыпавшие фликтены еле выполняются жидким содержимым, принимают абортивный характер, а еще позднее видимых фликтен становится все меньше и меньше. Покрывки таких абортивных фликтен пропитываются скудным серозным экссудатом и превращаются в своеобразные плоские чешуйки-корочки. Так как под такой чешуйкой-корочкой продолжают образовываться все новые абортивные фликтены, то одна чешуйка-корочка наслаивается на другую, и все поражение покрывается многослойными пластинчатыми корками. Очаг такой пиодермии имеет обычно резкие границы округлых или крупнофестончатых очертаний и часто бывает окаймлен узенькой полоской отслаивающегося эпидермиса, свободный край которого обращен к центру. Пораженные участки кожи представляются инфильтрированными, отечными, влажными и окрашенными в синюшно-красный цвет. На этом синюшном фоне видны обширные эрозивные участки более или менее округлых очертаний с диффузным характером мокнутия. На отдельных участках поражения отмечаются плоские многослойные корки желтоватобурого цвета. Иногда корки как бы растрескиваются и из-под них просачивается серозный экссудат, временами с небольшой примесью гноя. Большей частью мокнутие бывает умеренным, однако наблюдаются случаи со значительным мокнутием и полным отсутствием корок. При обратном развитии мокнутие совсем прекращается, поражение приобретает сухой характер и покрывается крупно- или мелкопластинчатым шелушением. По периферии очага нередко можно встретить свежие дряблые пузыри и ряд округлых эрозий от обнажившихся фликтен. Течение процесса нестойко: периоды затихания легко сменяются обострениями. Почти всегда больными отмечается зуд, но он никогда не бывает значительным (рис. 21 и 22).

Все пиодермии при условии развития их в окружности ран приобретают некоторые особенности течения и значительно меняют характер клинической картины. Это прежде всего должно быть отнесено к диф-

фузной околораневой стрептодермии, которая чаще всего наблюдается при тяжелых ранениях с поражением костей и периферических нервов, вызывающих значительные трофические расстройства в окружающей рану коже. Расстройства эти еще более усиливаются за счет нарушений кровообращения, зависящих от сопутствующих повреждений крупных сосудов.

Указанные нарушения трофики изменяют реактивность кожи и приводят в конечном счете к развитию необычной своеобразной хронической реакции на вирулентную флору, поступающую в большом количестве из вяло текущих ран или свищевых ходов. Бактериологические исследования, произведенные рядом отечественных и зарубежных авторов еще до Великой Отечественной войны, обнаружили наличие при этих поражениях кожи вирулентных стрептококков и стафилококков. Однако не все признают одинаковое этиологическое значение обоих микробов. Одни приписывают основное значение стрептококку и отводят стафилококку лишь роль сопутствующего микроба; другие, наоборот, признают ведущую роль стафилококка; наконец, третьи видят в ассоциации обоих микробов причину этой своеобразной формы хронически текущих пиодермий. К сожалению, в годы Великой Отечественной войны не было произведено исследований, которые могли бы окончательно разрешить этот вопрос.



Рис. 21. Околораневая хроническая диффузная стрептодермия.

Третью и последнюю группу околораневых поражений кожи составляет околораневая микробная экзема. Она занимает по частоте первое место среди всех околораневых дерматозов. Нужно отметить, что микробная экзема вокруг раны

никогда не развивается первично. Ей предшествует предварительная стадия различной длительности, во время которой вокруг раны имеется хроническая околораневая диффузная стрептодермия, а в ряде случаев и просто импетиго. Существование этих форм стрептодермий приводит при благоприятных условиях к развитию очаговой сенсibilизации кожи, изменяющей течение кожной реакции. Можно с полным правом назвать такие случаи вторично экзематизированной стрептодермией. Сохранив присущие стрептодермии резкие границы круглых или крупнофестончатых очертаний, плоские, слоистые чешуйки-корочки, краевой ободок из нависающего эпидермиса, поражение морфологически меняет только характер мокнутия.

Если при стрептодермии оно имеет сливной, диффузный характер, то при микробной экземе на фоне сплошной эрозии появляются мелкие, более ярко окрашенные участки с капельками серозного отделяемого. Эти характерные для экземы «экзематозные колодцы», зависящие от обнажения микровезикул, придают мокнутию точечный характер. В даль-

нейшем количество корок все уменьшается, и весь очаг, обильно покрываясь микровезикулезными элементами, сплошь приобретает мокнущий характер (рис. 23). Из приведенного описания околораневых микробных экзем явствует морфологическое отличие этой формы как от хронических эпидермодермитов стрептококковой природы, так и от истинной экземы. Принято полагать, что для развития экзематозной реакции необходимо наличие сенсибилизации. Полагают, что при микробной экземе сенсибилизация развивается к самим пиококкам, в частности, к стрептококку, или к его токсину, или к продуктам белкового распада, всегда имеющимся в таких очагах.

Хотя возможность сенсибилизации к пиококкам признается не всеми, все же число сторонников такого взгляда увеличивается.

Второе предположение получило экспериментальное подтверждение в последних работах Л. Н. Машкиллейсона, который путем внутрикожных инъекций специально приготовленного им препарата из аминокислот различных концентраций установил наличие сенсибилизации к продуктам расщепления белков при микробной экземе и отсутствие ее при истинной экземе.

Однако следует указать на одну особенность околораневых микробных экзем, играющую, повидимому, основную роль в их патогенезе: они развиваются особенно часто в результате вторичной экзематизации околораневых стрептодермий, которые обычно, как было указано выше, возникают в окружности тяжелых ранений конечностей с повреждением костей и периферических нервов.

Экспериментальные работы (П. М. Залкана, С. М. Минскера и др.) показали, что повреждение нервов повышает способность кожи сенсибилизироваться по отношению к экзематозным раздражителям. В свете этих экспериментов становится понятной частота перехода околораневых эпидермодермитов в микробную экзему. О связи околораневых микробных экзем с повреждениями периферических нервов свидетельствует и ряд клинических наблюдений. В отдельных случаях околораневой микробной экземы при тщательном обследовании окружности раны удавалось отметить болевые точки, зависящие от наличия мелких травматических невром. Хирургическое удаление указанных невром приводило обычно к быстрому излечению микробной экземы. Для иллюстрации приводим краткую выдержку из одной истории болезни такого рода¹.



Рис. 22. Околораневая хроническая диффузная стрептодермия.

¹ Больной наблюдался проф. С. Т. Павловым и А. А. Алявдиным.

Раненый Б. поступил в госпиталь по поводу болей и трофической язвы в области культи правой голени. Одновременно на коже в окружности язвы отмечался обширный очаг околораненой микробной экземы. Длительное местное лечение разнообразными мазями, а также последующая рентгенотерапия не дали эффекта. Ввиду обнаружения невromы п. tibialis, по предложению дерматолога попроса была хирургически удалена. Послеоперационное течение хорошее. Боли исчезли; вскоре прошли и кожные явления, но эффект оказался нестойким. Через 2 недели на внутренней поверхности культи вновь возникли экзематозные явления, сопровождавшиеся болевыми ощущениями. Повторная консультация хирурга установила наличие невromы п. sapheni. Произведена вторая операция: на протяжении 5 см иссечен отрезок п. sapheni. Рана зашита наглухо. По снятии швов исчезли боли, а также и экзематозные явления. Дальнейшее наблюдение в течение еще одного месяца рецидива не обнаружилось.

Приведенное наблюдение ясно показывает связь некоторых форм околораневых микробных экзем с грубыми изменениями периферических нервов. Существование нейротрофических антидромных влияний можно было предположить априорно, наблюдения же подобного рода подтверждают эти теоретические концепции и тем самым придают им характер объективной закономерности. Повидимому, далеко не всегда необходимо такое грубое нарушение периферических нервов, иногда могут быть повреждены лишь веточки мелких кожных нервов.

В ряде случаев околораневых стрептодермий и микробных экзем отмечаются высыпания, развивающиеся в отдалении от очагов поражения и носящие характер вторичных сыпей, так называемых вторичных реакций кожи. Высыпания эти многообразны по своей клинической картине и не идентичны по патогенезу. В настоящее время их можно разделить на две большие группы: пиоаллергиды и экзематиды. Обе эти группы, будучи вызваны одним и тем же этиологическим фактором, а именно пиококками, отличаются по патогенезу и характеру иммунологических реакций, развивающихся в организме по отношению к данным микробам.

При наличии первой группы таких вторичных реакций — п и о а л л е р г и д о в — высыпание наступает обычно внезапно, сопровождаясь значительным ознобом, повышением температуры, головной болью, общим недомоганием, нередко сильным зудом. Элементы сыпи располагаются строго симметрично и не проявляют тенденции к периферическому росту. Течение пиоаллергидов имеет ясно выраженный циклический характер и растягивается на несколько недель. В течение первой недели высыпание прогрессирует, число элементов увеличивается, захватывает новые участки и сопровождается значительной отечностью кожи и усилением зуда. Вторая неделя характеризуется стабильным течением процесса и, наконец, в последующие одну-две недели происходит обратное развитие всех элементов сыпи.

По характеру высыпных элементов следует различать два основных вида пиоаллергических сыпей. Первый характеризуется высыпанием эритематозных пятен небольшой величины, различной формы, чрезвычайно быстро покрывающихся мелким отрубевидным шелушением. Элементы эти напоминают экзематиды, описание которых будет приведено ниже, отличаясь от последних симметричностью расположения, отсутствием периферического роста, внезапностью возникновения, быстрым обратным развитием без всякого местного лечения, более выраженной эритематозной реакцией и характером шелушения, которое обычно начинается с центра, имеет отрубевидный характер и не доходит до периферии пятна. Пиоаллергические сыпи второго вида отличаются полиморфизмом, более экссудативным характером элементов и значительно более выраженной степенью общей реакции. При резком ознобе и повышении температуры до 39—40° внезапно сначала на ладонях и подошвах появляется сыпь,

очень скоро покрывающая лицо, туловище и конечности. Наблюдающийся при этом зуд носит пароксизмальный характер и достигает подчас крайних степеней интенсивности. На ладонях и подошвах сыпь мономорфна и состоит из пузырей средней величины, расположенных на эритематозном основании. На других участках она полиморфна и состоит из эритематозных пятен различной величины и формы, которые, увеличиваясь и сливаясь, образуют обширные очаги эритемы. Наряду с эритемой, отмечается множество плоских экссудативных папул величиной от горошины до фасоли, в центре которых нередко обнаруживаются пузырьки и пузыри. В части случаев сыпь, особенно на туловище, носит мелкопапулезный лихеноидный характер. Поражение сопровождается значительной отечностью, а по вскрытии пузырей и мокнутием. При обратном развитии наступает шелушение, крупнопластинчатое на ладонях и подошвах и отрубевидное на остальных местах. При этом виде пиоаллергидов нередко отмечается развитие изоморфной реакции, появляющейся на месте расчесов и других видов местного раздражения и говорящей о крайней степени аллергизации кожи при них.

Появлению пиоаллергических сыпей обыкновенно предшествует механическое раздражение, травматизация основного очага околораневой пиодермии, микробной экземы или самой раны, или применение сильно концентрированных мазей, а также разнообразные интеркуррентные заболевания (грипп, ангина, простуда и т. д.).

Этот вид вторичных реакций кожи по аналогии с аллергическими сыпями при других инфекциях был назван Барбером пиококцидами. Лишь позднее их стали называть пиоаллергидами. А. М. Кричевский при бактериологических исследованиях сукровицы, взятой из очагов пиоаллергидов при условии соблюдения стерильности, ни разу, несмотря на многочисленность поставленных опытов, не мог обнаружить пиококков, но постоянно находил их в основных очагах пиодермии. По мнению А. М. Кричевского, эта амикробность пиоаллергидов может зависеть от гематогенного попадания в кожу продуктов распада микробов или их токсинов, либо от попадания в ток крови самих микробов, которые быстро погибают вследствие развившегося аллергического иммунитета. Л. Н. Машинский вполне поддерживает эту точку зрения на патогенез пиоаллергидов. Анализ приведенного материала показывает, что высыпание пиоаллергидов начинается внезапно, бурно, сопровождается температурной реакцией и общими явлениями. Сыпь, как правило, располагается симметрично. Отдельные элементы сыпи не имеют тенденции к периферическому росту, увеличивается только количество элементов, появляющихся как бы последовательными толчками. Все приведенные факты говорят с несомненностью о гематогенном пути развития пиоаллергидов. Интенсивность экссудативного воспаления кожи и часто наблюдающаяся изоморфная реакция указывают на высокую степень сенсибилизации. Наконец, отрицательные до настоящего времени результаты посевов крови, а также самопроизвольное обратное развитие элементов сыпи соответствуют значительной силе иммунитета. Указанные факты устанавливают полную аналогию патогенеза пиоаллергидов с патогенезом туберкулидов и микридов.

Есть основание полагать, что в развитии двух описанных основных видов пиоаллергидов имеет значение и место фиксации или, вернее, оседания микробов, занесенных током крови. Фиксация микробов в капиллярах сосочков, повидимому, отмечается при первом их виде и вызывает явления поверхностного воспаления, захватывающего эпидермис

и верхние слои дермы. Оседание микробов в более глубоких слоях дермы приводит ко второму виду пиоаллергидов, при котором экссудативные явления выражены значительно сильнее и разыгрываются глубже.

Итак, в развитии пиоаллергидов, наряду с гематогенным путем проникновения микробов, установлено особое состояние иммунологических реакций организма, выражающееся в высокой степени чувствительности к пиококкам, с одной стороны, и в значительном иммунитете по отношению к тем же микробам — с другой. Характер клинической картины и течения пиоаллергидов зависит, повидимому, от сочетания всех этих факторов.

Гематогенный путь проникновения микробов, различные соотношения степеней сенсibilизации и иммунитета по отношению к ним, количество микробов, степень их вирулентности, а также место их оседания — таков сложный комплекс биологических причин, определяющих многообразие морфологических проявлений пиоаллергидов.

Другая группа вторичных реакций кожи, наблюдаемая в некоторых случаях окolorаневых стрептодермий и микробных экзем и выявляющаяся в отдалении от раны, соответствует понятию экзематидов (Дарье, Мисброва и др.). Они так же, как и пиоаллергиды, могут не только сопровождать указанные формы окolorаневых поражений кожи, но и наблюдаются при обычных формах хронически текущих пиоидермий и микробных экзем.

Унна имел термин «себорройная экзема» по отношению к заболеванию, еще до него описанному многими авторами, и характеризующемуся высыпанием мелких шелушащихся фолликулярных узелков преимущественно по средней части груди и спины и на голове. Узелки эти, группируясь, образуют дисковидные бляшки, которые, сливаясь, образуют довольно крупные очаги с полициклическими очертаниями.

Цвет бляшек, вначале розоватый, позже приобретает желтоватый и темнокоричневый оттенок. Чешуйки, в ряде случаев обильно покрывающие очаги себорройной экземы, имеют вид жирных наслоений. Впоследствии большинство дерматологов значительно расширило рамки понятия «себорройная экзема» и стало включать в эту группу многие эритемато-сквамозные поражения кожи, признавая за ними микробную природу. Однако Брок, вначале присоединившийся к предложению Унны, вскоре отказался от него и, подробно описав основную форму унновской экземы как своеобразное фигурное поражение кожи в области грудной клетки, объединил все остальные включенные в эту форму эритемато-сквамозные поражения, назвав их псориазиформным паракератозом. Позже Дарье, изучив гистологическую картину этих поражений и выявив наличие при них очагового спонгиоза, лежащего в основе гистопатологических изменений при экземе, назвал их экзематидами. Он различал три вида экзематидов, включая в них и унновскую себорройную экзему и все разновидности псориазиформного паракератоза Брока. Что же касается этиологии этих поражений, то еще Унна признавал микробную их природу, выделив 23 разновидности описанного им микрококка. Сабуро, проверивший исследования Унны, доказал, что выделенный последним микрококк представляет не что иное, как обычную разновидность банального серого стафилококка. Дальнейшие исследования подтвердили, что этиологической причиной основной формы себорройной экземы является стафилококк, все же остальные формы в большинстве случаев вызываются стрептококком. Микробную природу экзематидов в настоящее время признает большинство авторов.

Высыпание экзематидов начинается иногда с небольшого числа (2—3), а чаще довольно обильного количества пятнистых элементов, разбросанных по туловищу и конечностям. Пятна эти окрашены в бледно-розовый, реже в красноватый цвет, имеют округлые или овальные очертания, а при слиянии отдельных пятен — полициклические контуры. Они сопровождаются шелушением, в большинстве случаев отрубевидным и только в небольшом числе случаев приобретающим пластинчатый псориазиформный тип. Нередко при внимательном изучении шелушащейся поверхности пятна можно отметить по краям узкую каемочку отслаивающегося эпидермиса, свободным краем обращенного внутрь пятна. Субъек-

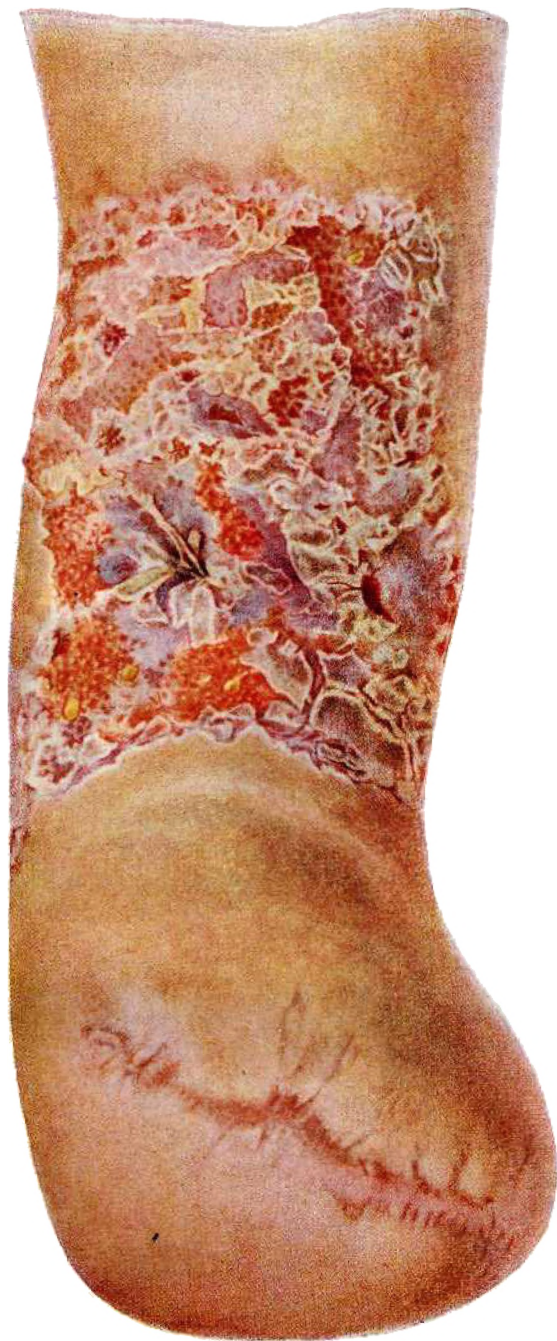


Рис. 23. Околораневая микробная экзема.
(Художник С. А. Моисеева.)

тивные ощущения зуда почти всегда выражены, но интенсивность их бывает различной. В случаях, сопровождающихся значительным зудом, пятна могут принимать шагреневый вид вследствие развившейся лихенификации. Пятна, вначале небольшие, затем медленно и неуклонно периферически растут. Иногда вследствие обратного развития в центре экзематид принимает кольцевидный характер. Пятна его, как правило, сухи и только в исключительных случаях, вследствие усиления экссудативных явлений, чешуйки пропитываются экссудатом и приобретают желтоватый оттенок, а сами пятна становятся набухшими, рельефно выдаются над уровнем кожи и принимают вид папул или бляшек. При поскабливании скальпелем, применяемом в целях дифференциальной диагностики от псориаза, можно установить, что шелушение при экзематидах менее обильно, сами чешуйки при этом не так измельчаются, довольно часто вся чешуйка целиком снимается со всего элемента. При дальнейшем поскабливании обычно не получается конечной пленки, а возникает своеобразное точечное серозное мокнутие, что зависит от наличия abortивных микровезикул. В ряде случаев на поверхности таких пятен видно значительное число красноватых точек, слегка воспаленных устьев волосяных фолликулов или множество мелких фолликулярных узелков, придающих пятну зернистый, крапчатый вид. Этот фолликулярный крапчатый вид элементов, как показали исследования М. Г. Мгеброва, зависит от стафилококковой этиологии экзематида, тогда как краевое шелушение указывает на стрептококковую его природу.

Такова в общих чертах клипическая картина экзематидов. Этиология и патогенез экзематидов в настоящее время еще не установлен. Согласно исследованиям М. Г. Мгеброва с сотрудниками следует все же признать, что этиологическим фактором, вызывающим экзематиды, являются пиококки, в частности, стрептококки. Однако в отличие от пиоаллергидов при экзематидах имеет место не эндогенное проникновение микробов, а экзогенное их рассеивание на поверхности кожи вдали от основного очага околораневой стрептодермии или микробной экземы. Развивающиеся при таких условиях кожные поражения обуславливаются одновременно наступающими изменениями реактивности кожи, характер и механизм которых до настоящего времени не установлены и объясняются отдельными аутомами различно.

Переходя к анализу методов профилактики и терапии околораневых поражений кожи, можно признать, что методы лечения отличались только по характеру фармакологических средств, но не расходились в основных принципах. Выше было отмечено, что практически приходилось постоянно наблюдать переход одной формы кожного поражения в другую, простых — в сложные, кратковременных — в длительные. В цепи этих последовательных переходов ведущую роль играло несвоевременное использование хирургами обычных профилактических мероприятий, а также не всегда правильное лечение. Механические трения глухой гипсовой повязки, наложенной на более или менее продолжительный срок, обильные гнойные выделения избыточно гранулирующей раны приводят к мацерации кожи, составляющей первое и основное звено в этой последовательной цепи. Громадное значение для предупреждения этого имеет рациональное хирургическое лечение самой раны, но и кожа и возможные с ее стороны осложнения не должны ускользать от внимания хирурга. Кожу в окружности раны следует обрабатывать дезинфицирующими спиртами (1—2% раствор салициловой кислоты или резорцина на 70° спирту), еще лучше спиртовыми растворами анилино-

вых красок; применение крепких растворов иода желательно ограничить. При обильных выделениях из раны, при лечении их влажными повязками из гипертонических растворов, раздражающими мазями (мазь Вишневского), при наложении гипсовых повязок следует покрывать окружность раны тонким слоем пасты. Цинковая паста с примесью 1% салициловой кислоты или 5—10% борно-нафталановая паста являются лучшими и наиболее простыми защищающими кожу средствами.

Лечение окolorаневых поражений кожи следует проводить в зависимости от их клинических форм. При окolorаневых дерматитах необходимо прежде всего устранить вредно действующий агент. При эритематозных формах достаточно применить индифферентные пудры (тальк чистый или с примесью 5—10% окиси цинка) или взбалтываемые смеси (*Zinci oxydati*, *Amyli aa 15,0*, *Glycerini*, *Aq. destill. aa 35,0*). При буллезных формах сначала следует использовать те же взбалтываемые смеси, а при вскрытии пузырей и наличии эрозий и мокнутия — примочки из вяжущих и эпителизирующих средств (*Aq. plumbi*, *Sol. Ac. borici 3%*, *Sol. Argenti nitrici 0,25%*, *Sol. Resorcini 1%* и т. д.). При генерализованных дерматитах одного местного лечения недостаточно, а поэтому приходилось прибегать к общим десенсибилизирующим средствам. Из них преимущественно применяли внутривенные инъекции 10% раствора хлористого кальция, 10—20% раствора гипосульфита натрия или 2—10 см³ 10% раствора бромистого натрия через 1—2 дня.

При поверхностных формах стафилодермий было достаточно применения дезинфицирующих спиртов (1% салициловый или 2% резорциновый спирт), анилиновых красок и взбалтываемых смесей с прибавлением к ним серы, ихтиола или риванола. Если вокруг раны образовывались фурункулы или карбункулы, то местное лечение состояло в тщательной и систематической обработке окружающей кожи дезинфицирующими спиртами и в местном применении, до отторжения некротического стержня, чистого ихтиола, серно-камфорных, серно-салициловых или ихтиоловых паст или взбалтываемых взвесей; после отделения стержня образовавшуюся язву лечили присыпками сульфаниламидных препаратов.

Для ускорения течения фурункулов и карбункулов, особенно осложненных лимфангоитами и лимфаденитами, применялась аутогемотерапия, инъекции поливалентной стафилококковой вакцины, стафилофильтратов, назначали внутрь сульфаниламидные препараты, а под конец войны и инъекции пенициллина. Пенициллин, в зависимости от тяжести случая, вводили в течение 2—3 и более дней по 20 000—40 000 МЕ каждые 2—3 часа. Значительные трудности представляло лечение хронических сикозиформных стафилодермий. В таких случаях без местного применения рентгеновых лучей обойтись было трудно. Назначали обычную эпидемиологическую дозу, и через 15—18 дней после такого облучения, удалив волосы, ежедневно протирали пораженные участки дезинфицирующими спиртами и в течение довольно длительного времени накладывали мазовые повязки из серно-таниновых или серно-салициловых мазей. Если наличие сикозиформной стафилодермии задерживало производство реампутации, то через 3—4 недели, после применения рентгеновых лучей с последующей эпиляцией и кратковременного мазового лечения, указанную операцию производили, не опасаясь каких-либо осложнений. К этому времени успевала в значительной мере разрешиться инфильтрация, приостанавливалось появление свежих остеофолликулитов, и на месте имевшихся ранее изменений оставалась только незначительная гиперемия.

При развитии вокруг раны стрептококкового импетиго, которое, как это было указано, приобретало вид поверхностной эрозии, лучшие результаты получали от присыпок сульфаниламидных препаратов: это быстро приводило к подсыханию и последующей эпителизации эрозий. Хорошие результаты давало также лечение 5—10% белой ртутной мазью, 3% желтой ртутной мазью, а также 10% борно-нафталановой мазью с добавлением к ней 1% риванола, 5—10% стрептоцида или сульфидина. Успешно применялась имевшая большое распространение во время Великой Отечественной войны сульфидиновая эмульсия. Все упомянутые методы лечения употреблялись и для лечения эктиматозных язв, развивавшихся вокруг раны. Такое лечение применялось только до тех пор, пока дно эктим не очищалось от покрывающего его грязного налета. Затем переходили к средствам, стимулирующим рост грануляций (перувианский бальзам, препараты серебра и др.). Однако одного местного лечения эктим обычно было недостаточно. В этих случаях широко использовались препараты мышьяка, железа, фосфора, а также поливитаминное лечение.

Наибольшие трудности представляло лечение околораневых диффузных стрептодермий и микробных экзем. Именно при этих формах было необходимо хорошее знакомство со всеми дерматологическими приемами лечения, умение изменять его, в зависимости от течения болезни, и тем самым значительно сокращать его продолжительность. При наличии значительного мокнутия назначались дезинфицирующие и вяжущие примочки. Когда мокнутие уменьшалось, или оно сразу не было резко выражено, а преобладало обильное наложение корок, применяли разнообразные дезинфицирующие мази, из которых 10% борно-нафталановая мазь с примесью 1% риванола, а еще лучше пасты с прибавлением к ним 1% метилвиолета или генцианвиолета оказывались особенно эффективными. После этого довольно быстро переходили к применению дегтярных паст, постепенно увеличивая концентрацию дегтя. Широкое применение имела при этом мазь Вилькинсона вначале пополам с цинковой пастой, а затем в основной прописи. Успешно применялась преимущественно в тыловых учреждениях нафталановая нефть и даже обычная нефть в различных соотношениях с цинковой пастой. Из физических методов лечения чаще всего применяли освещение мокнующих участков лампой солюкс с красным фильтром и облучение инфльтрированных участков кварцевой лампой. Лучший и более стойкий результат получался от рентгеновых лучей, которые достаточно широко применялись при микробных экземах не только в тыловых учреждениях, но и в специализированных фронтовых госпиталях. Десенсибилизирующее лечение внутривенным введением хлористого кальция, гипосульфита натрия обязательно применялось во всех случаях околораневой микробной экземы и во многих случаях околораневой диффузной стрептодермии.

При выявлении вторичных реакций кожи — пиоаллергидов и экзематидов — прежде всего обращали внимание на лечение основного очага. Как указано выше, непосредственной причиной, вызывающей такие реакции, часто являлось слишком интенсивное местное лечение околораневых пиодермий или микробной экземы. Ввиду этого мазевое лечение основного очага немедленно прерывали и заменяли влажным лечением вяжущими примочками. Одновременно больным назначалось обычное десенсибилизирующее лечение. Местно пиоаллергиды лечили индифферентными пудрами или взбалтываемыми взвесями. Влажного лечения самих пиоаллергидов избегали и применяли его только в крайних случаях при появлении значительного мокнутия или нагноения пузырей. Пятна экзематидов

местно лечили смазыванием растворами анилиновых красок или 5% дегтярно-нафталановыми и серно-дегтярными мазями и пастами.

В заключение следует остановиться на вопросе о том, является ли поражение кожи в окружности раны противопоказанием к оперативному вмешательству. Всем известно, что хирурги опасаются оперировать при наличии ничтожных пиодермических очагов даже в отдалении от района операции. Не подвергая критике это основное положение современной хирургии, необходимо, однако, указать, что для ряда случаев оно должно быть пересмотрено. Известны наблюдения, когда хирург вынужден был производить неотложную операцию (ущемленная грыжа, острый аппендицит, «острый живот» и др.), несмотря на имевшуюся в области операции пиодермию, и такое оперативное вмешательство заканчивалось благополучно. В начале главы было указано, что иногда околораневые дерматозы задерживали оперативное вмешательство и тем самым значительно удлиняли сроки возвращения раненого в строй. На основании изучения историй болезни мы выявили несколько случаев такого рода, когда операция все же была произведена. Исходы во всех этих случаях были вполне благополучными в отношении основного заболевания, и одновременно кожные явления, до того упорно не поддававшиеся лечению, быстро проходили.

В 1944 г. А. В. Калужский в своей диссертационной работе «Материалы к операциям на периферических нервных стволах в условиях инфицированного поля» разбирает 8 случаев околораневых поражений кожи, сочетавшихся с повреждением нервных стволов, когда оперативное вмешательство с современных нейрохирургических позиций являлось неотложным. Произведенные автором операции на нервах дали очень благоприятные результаты и никаких осложнений ни общего, ни местного характера не отмечалось. Кожные же изменения, месяцами не поддававшиеся лечению, по снятии швов окончательно ликвидировались. Автор предложил особую подготовку операционного поля во избежание заноса инфекции с кожи вглубь. Накануне операции на поврежденный участок кожи накладывался компресс из раствора протаргола или колларгола. Затем кожу механически очищали от чешуек и корок и перед операцией густо смазывали 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени. Затем на весь участок накладывали при помощи клеола или мастизола салфетку из стерильной густой марли или батиста. Разрез производили через укрытую таким образом кожу. Наклейку оставляли на все время операции и в последующие дни, пока она сама не отпадала. Этот способ обработки всегда давал автору отличные результаты. Рана заживала обычно первичным натяжением. Если первую часть подготовки операционного поля, предложенную автором, нужно признать рациональной и необходимой, то вторую ее часть, наклеивку марлевой салфетки, теоретически трудно обосновать и можно считать излишней. Данные автора представляют интерес в двух отношениях. Благоприятное влияние оперативного вмешательства на дальнейшее течение околораневого дерматоза прежде всего вполне соответствует высказанным выше соображениям о роли трофических нервных расстройств в патогенезе околораневых поражений кожи. Отсутствие же осложнений в послеоперационном течении показывает, что кожные, в частности, хронические пиогенные поражения являются лишь относительными, а не абсолютными противопоказаниями к оперативному вмешательству. Наоборот, под влиянием последнего сами околораневые дерматозы быстро и нередко окончательно ликвидируются.

При острых пиодермических очагах следует воздерживаться от операций. Кроме того, будучи непродолжительными, они мало задерживают оперативное вмешательство. Итак, следует признать, что за время Великой Отечественной войны многие вопросы патологии околораневых поражений кожи благодаря коллективному труду советских дерматологов были освещены, уточнены и частично разрешены. Однако остается еще ряд неясных вопросов, требующих дальнейшей разработки, клинического и экспериментального изучения. В основу этих исследований должен лечь коллективный опыт отечественных дерматологов.

ДЕРМАТИТЫ. ЭКЗЕМА. ЧЕШУЙЧАТЫЙ ЛИШАЙ И ПРОЧИЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ

Помимо заболеваний кожи, разобранных в предыдущих главах, среди военнослужащих Советской Армии в годы Великой Отечественной войны наблюдался ряд и других болезней кожи, номенклатура которых оказалась крайне разнообразной. В сумме все эти формы составили 22,8% всех заболеваний кожи, однако многие из них встречались столь редко, что они не могли быть подвергнуты в отдельности ни статистическому, ни клиническому анализу. Лишь три формы кожных болезней — дерматиты, экзема и чешуйчатый лишай — могут быть подвергнуты самостоятельному разбору. Анализу этих кожных заболеваний и посвящена в основном настоящая глава. Относительно же остальных форм болезней кожи, именуемых как «прочие болезни кожи», приводятся лишь общие статистические данные.

Дерматиты, экзема, чешуйчатый лишай и прочие болезни кожи довольно распространены. Об этом можно судить по удельному их весу среди причин временной нетрудоспособности застрахованных. Если принять нетрудоспособность вследствие всех болезней кожи за 100, то на указанные формы приходилось в 1925 г. 21,19, а в 1930 г. по 25 отраслей промышленности — 13,8.

Первичная обращаемость военнослужащих по поводу дерматитов, экземы, чешуйчатого лишая и прочих болезней кожи за 1929—1930 гг. составляла 34,8—35,9% обращаемости по поводу всех болезней кожи. Госпитализировано больных этой группы за указанные годы 9,1—8,0%, а в 1939 г. — до 10,7%.

Среди госпитализированных по поводу всех болезней кожи больные дерматитами, экземами, чешуйчатым лишаем и прочими болезнями составляли, по данным В. Н. Добронравова и С. И. Кедрова, в Московском коммунистическом госпитале за 1921—1925 гг. 43,2%, по данным С. П. Архангельского, основанным на материале Севастопольского госпиталя, в 1928 г. — 36,8%, а в 1929 г. — 45,8%.

В военные годы удельный вес этих заболеваний был иным. Так, в русско-японскую войну за 19 месяцев 1904—1905 гг., по данным Л. И. Эрлиха, лечившиеся в полевом запасном госпитале по поводу этих заболеваний составили 22,7% всех кожных больных.

В первую мировую войну, по данным В. Н. Саввина, они составляли 23,9%.

В иностранных армиях, участвовавших в первой мировой войне, дерматиты, экземы, чешуйчатый лишай и прочие болезни кожи среди пользовавшихся госпитальным лечением составлял: в английской армии

24,1 %, в экспедиционном корпусе США в Европе — 20,8 %, а в немецкой армии — 13,1 %.

По данным разработки историй болезни за 4 года Великой Отечественной войны, дерматиты, экземы, чешуйчатый лишай и прочие болезни кожи, как указано выше, занимали второе место после гнойничковых болезней. Распределение этой группы болезней кожи по годам войны приведено в табл. 28.

Таблица 28

Распределение больных дерматитами, экземами, чешуйчатым лишаем и прочими болезнями кожи по годам войны (в процентах)

Год войны Название болезни	Первый		Второй		Третий		Четвертый		За всю войну	
	% ко всем болезням кожи	% к данной группе	% ко всем болезням кожи	% к данной группе	% ко всем болезням кожи	% к данной группе	% ко всем болезням кожи	% к данной группе	% ко всем болезням кожи	% к данной группе
Экземы	10,2	42,5	9,6	51,5	10,4	49,3	9,7	50,6	10,0	49,1
Дерматиты	2,1	8,8	1,3	7,4	1,8	8,5	2,3	11,9	1,9	9,2
Потертости	0,8	3,2	0,7	4,0	0,7	3,2	0,6	3,0	0,8	3,3
Чешуйчатый ли- шай	5,8	24,2	3,0	16,2	4,2	19,8	2,7	14,7	3,7	18,4
Прочие болезни кожи	8,8	21,3	6,7	20,9	6,7	19,2	5,1	19,8	6,4	20,0
Всего	27,7	100,0	21,3	100,0	23,8	100,0	20,4	100,0	22,8	100,0

Из табл. 28 видно, что первое место занимали экземы, составлявшие 10 % всех болезней кожи, чешуйчатый лишай составлял 3,7 %, дерматиты — 1,9 %, потертости — 0,8 % и, наконец, прочие болезни кожи, не вошедшие в указанный перечень, составили все вместе взятые 6,4 %. И в данной группе первое место занимали экземы, составляя 49,1 % больных этой группы.

Из этой таблицы следует также, что по мере удлинения срока ведения войны процент этой группы болезней кожи падает с 27,7 в первый год войны до 20,4 в последний год войны.

Экзема и дерматиты, а также чешуйчатый лишай несколько чаще наблюдались в технических и специальных войсках, а среди последних в авиационных.

В отношении экзем и дерматитов это может быть объяснено тем, что личный состав технических войск чаще и длительнее соприкасается с различными химическими раздражителями, роль которых в этиологии и патогенезе этих болезней кожи общеизвестна.

Из этих больных пользовались госпитальным лечением на этапах эвакуации войскового района 2,3 %, армейского района — 27,1 %, фронтового района — 54,7 % и тылового района — 15,9 %.

Таким образом, в войсковом районе лечилось очень незначительное количество больных (2,3 %); свыше $\frac{1}{4}$ больных пользовалось лечением в пределах армейского района, более половины — в пределах фронтового района и лишь немногим больше $\frac{1}{6}$ — в госпиталях тылового района. Однако последние не были эвакуированы из действующей армии, а

в подавляющем большинстве состояли военнослужащими частей местных гарнизонов. Если учесть, что в данную группу болезней кожи входят преимущественно хронические и рецидивирующие заболевания, требующие сравнительно длительного лечения, то подобное распределение больных по этапам эвакуации становится совершенно закономерным. В этих соотношениях отражается тенденция лечить больных в пределах армейского и фронтового района, имея для этого хорошо организованную специализированную помощь и максимально освобождая при этом наиболее маневренные этапы медицинской эвакуации войскового района (МСБ). Относительно небольшое число больных, пользовавшихся госпитальным лечением в пределах войскового района (2,3%), составляли больные с остро протекавшими формами кожных болезней, не требовавшими длительного лечения: с дерматитами, потертостями, экссудативной и узловой эритемой, розовым и опоясывающим лишаем, а также с некоторыми формами экземы, что подтверждают данные табл. 29.

Таблица 29

Распределение болезней кожи по отдельным этапам эвакуации
(в процентах)

Этап эвакуации Название болезни	Войско- вой район	Армей- ский район	Фронт- вой район	Тыловой район	На всех этапах
Экземы	29,3	46,0	52,4	47,6	49,1
Дерматиты	17,1	11,5	7,8	9,4	9,2
Потертости	7,3	4,5	1,3	7,6	3,3
Чешуйчатый лишай	12,2	17,4	20,8	13,2	18,4
Прочие редкие болезни кожи	34,1	20,6	17,7	22,2	20,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Из табл. 29 следует также, что в госпитали армейского и фронтового района направляли для лечения преимущественно больных экземой и чешуйчатым лишаем, нуждавшихся в более специализированном и продолжительном лечении.

Большая или меньшая длительность госпитального лечения, а равно и клинические исходы на различных этапах эвакуации в своей совокупности отражают качество и эффективность лечения.

Из табл. 30 видно, что свыше $\frac{2}{3}$ больных (66,8%) заканчивали лечение в среднем до 30 дней и только треть больных (33,2%) нуждалась в госпитальном лечении свыше месяца. В войсковом районе около половины больных заканчивали лечение в течение 10 дней, свыше трети — от 10 до 19 дней. Это вполне согласуется с характером заболеваний, подвергавшихся лечению в этом районе. Данные табл. 30 достаточно отчетливо выявляют тот факт, что чем ближе этап лечения к действующим войскам, тем короче сроки лечения и, наоборот, чем дальше в тыл, тем относительно больше число больных, требующих длительного лечения. Из этого правила составляют исключение сроки лечения больных в госпиталях внутреннего района, в которые поступали в основном больные из частей мест-

Таблица 30

Длительность госпитального лечения больных экземами, дерматитами, чешуйчатым лишаем и прочими болезнями кожи на этапах эвакуации (в процентах)

Этап \ Длительность госпитального лечения	До 10 дней	10—19 дней	20—29 дней	Более 30 дней	Всего
Войсковой район . . .	43,9	39,0	9,8	7,3	100,0
Армейский » . . .	29,0	28,6	18,2	24,2	100,0
Фронтowej » . . .	18,0	26,0	16,6	39,4	100,0
Внутренний » . . .	25,7	27,1	20,1	27,1	100,0
Всего . . .	22,6	27,4	16,8	33,2	100,0

ных гарнизонов, в силу чего в них концентрировались больные как с острыми, так и с хроническими формами заболеваний кожи.

Наиболее длительного госпитального лечения, свыше 30 дней, потребовали 38,3% больных чешуйчатым лишаем и 37,7% больных экземами, тогда как 38,3% больных с потертостями и дерматитами и 33,6% страдавших другими болезнями кожи (включая экссудативную и узловатую эритему, розовый и опоясывающий лишай и др.) закончили лечение в сроки до 10—20 дней и лишь небольшая их часть потребовала лечения свыше 20—30 дней.

Средняя продолжительность госпитального лечения отдельных форм болезней кожи, по материалам историй болезни, такова:

1. Экзема	34,4 дня
2. Чешуйчатый лишай	34,0 »
3. Красная волчанка	27,9 »
4. Потертости (осложненные)	24,4 »
5. Экзематиды	24,2 »
6. Красный плоский лишай	20,7 »
7. Опоясывающий лишай	18,3 »
8. Экссудативная эритема	17,8 »
9. Розовый лишай	17,8 »
10. Дерматиты	17,0 »
11. Токсидермии	16,7 »

Средняя продолжительность госпитального лечения при всех болезнях кожи, разбираемых в настоящей главе, за все 4 года войны составила 30,4 койко-дня против 27,3 койко-дня для всех болезней кожи.

Сроки госпитализации, несомненно, влияли на длительность госпитального лечения больных разбираемой группы.

Большинство больных было госпитализировано поздно: около половины — в срок до 1 месяца и свыше половины — спустя месяц и более от начала болезни. Однако в случаях ранней госпитализации продолжительность госпитального лечения, за редкими исключениями, укорачивалась.

Таблица 31

Распределение болезней кожи по срокам госпитализации от начала заболевания (в процентах)

Название болезни	Срок госпитализации от начала болезни					Всего
	До 5 дней	5—10 дней	11—20 дней	21—30 дней	Свыше 30 дней	
Экземы	7,4	7,7	11,6	10,7	62,6	100,0
Дерматиты и потертости	34,8	17,2	19,0	13,6	15,4	100,0
Чешуйчатый лишай	3,8	2,8	3,8	7,2	82,4	100,0
Прочие болезни кожи	22,1	17,8	7,9	10,3	41,9	100,0
Всего	11,8	9,9	10,6	9,9	57,8	100,0

Наиболее поздно госпитализировались больные чешуйчатым лишаем, экземами и некоторыми болезнями из группы «прочих», как это видно из табл. 31. Поздняя госпитализация объясняется отнюдь не плохой организацией дерматологической помощи, а тем обстоятельством, что многие болезни кожи, протекая без значительных и резких субъективных расстройств, не побуждали больных к немедленной госпитализации, несмотря на значительную пораженность кожного покрова. Все авторы, изучавшие вопрос о сроках госпитализации по поводу болезней кожи (М. М. Кузнец, А. Д. Шехтер, К. К. Смирнов и др.), указывают, что многие больные оставались в строю по личному желанию, откладывая лечение кожного поражения на межбоевой период. Эта тенденция проявлялась на протяжении всей войны и особенно в последний, четвертый, год.

Поводом для госпитализации были преимущественно болезни с распространенными или даже универсальными поражениями кожи, о чем свидетельствует табл. 32.

Таблица 32

Локализация поражений кожного покрова при некоторых болезнях кожи (в процентах)

Название болезни	Область локализации										
	Волосистая часть головы	Лицо, шея	Туловище	Верхние конечности	Кисти	Нижние конечности	Стопы	Сочетание областей	Распространенная и универсальная локализация	Прочие локализации	Всего
Экземы	1,6	6,4	1,5	4,1	2,6	39,8	2,8	19,0	14,0	8,2	100,0
Дерматиты	0,6	6,0	3,0	7,2	3,6	21,5	1,2	19,2	29,3	8,4	100,0
Чешуйчатый лишай	0,6	—	—	0,6	—	2,4	—	15,6	80,2	0,6	100,0
Прочие болезни кожи	7,9	7,3	5,4	2,5	0,6	10,5	6,2	16,2	34,9	8,5	100,0

Согласно данным этой таблицы, на долю сочетанной, распространенной и универсальной локализации патологических изменений приходится наибольшее число случаев: экземы — 33,0%, дерматитов — 48,5%, чешуйчатого лишая — 95,8% и, наконец, прочих болезней кожи — 51,1%.

Основным показателем эффективности госпитального лечения, помимо продолжительности его, являются данные о клинических исходах, которые представлены в табл. 33.

Таблица 33

Данные о клинических исходах некоторых болезней кожи
(в процентах)

Клинический исход Название болезни	Выздор- вление	Улучшение	Без перемен	Всего
Экземы	62,6	33,0	4,4	100,0
Дерматиты	83,7	14,5	1,8	100,0
Потертости	80,0	20,0	—	100,0
Чешуйчатый лишай	24,7	61,1	14,2	100,0
Прочие болезни кожи	60,9	26,1	13,0	100,0
Всего	58,1	34,7	7,2	100,0

Согласно данным указанной таблицы, общий процент выздоровления и улучшения в этой группе болезней кожи составлял 92,8. Такой процент благоприятных исходов для данной группы болезней кожи следует признать в общем достаточно высоким, принимая во внимание значительную долю в ней хронических и трудно поддающихся лечению форм кожных болезней.

Из той же таблицы видно, что к числу заболеваний, наиболее трудно поддающихся лечению, относится прежде всего чешуйчатый лишай, при котором достигнуто 24,7% выздоровлений и 61,1% улучшений, а в 14,2% состояние оставалось без перемен. Это совпадает до некоторой степени с обычным течением псориаза в мирное время, терапия которого еще до настоящего времени носит чисто симптоматический характер.

В группе прочих и редких болезней кожи процент болезней, оставшихся без перемен, достаточно велик и составляет 13,0, что объясняется включением в эту группу красного плоского лишая, туберкулезных заболеваний кожи, красной волчанки, а также других редких хронических форм заболеваний кожи. Данные этой таблицы отражают также довольно медленное выздоровление больных экземой, в основе которой лежит сложное взаимодействие эндогенных и экзогенных факторов, приводящих к изменению реактивности кожи.

При дерматитах у 1,8% больных состояние оставалось без перемен. Специальное изучение истории болезни показало, что эти случаи относятся к так называемым масляным фолликулитам, в значительной степени связанным с военно-профессиональными условиями труда в технических войсках, клиника и патогенез которых подробно разбираются ниже.

Дерматиты

Воспаление кожи, развивающееся в связи с непосредственным влиянием на нее раздражителей физической, механической и химической природы, носит название дерматита.

Безусловные раздражители вызывают дерматит при определенной силе их воздействия, превышающей степень физиологической выносливо-

сти кожи человека. К их числу относятся крепкие щелочи, кислоты, травмы, высокая и низкая температура, влияние солнечных лучей и т. п. Все они оказывают столь грубые воздействия на кожу, что устраняется индивидуальный характер ее реагирования на эти факторы. Совокупное действие возникающих при этом явлений дегидратации, осаждения, окисления и т. п. приводит к различным степеням воспаления и некроза ткани. Эта группа дерматитов носит название простых или искусственных дерматитов.

Вторая группа дерматитов возникает под влиянием условных, главным образом химических, раздражителей, встречающихся обычно на производстве или в быту в связи с постоянным или повторяющимся контактом с ними. Условные агенты оказывают раздражающее действие вследствие их специфического, молекулярно-химического действия, с одной стороны, и в силу изменения реактивности (сенсibilизации) кожи на их воздействие — с другой. Поэтому подобного рода дерматиты возникают не у всех имеющих контакт с раздражителями, а лишь у некоторых.

При изучении профессиональных вредностей и связанной с ними патологии нельзя ограничиваться лишь биологической стороной вопроса, как это делают буржуазные ученые, совершенно пренебрегающие социальными факторами, которые играют здесь решающую роль. От соотношения социальных и профессиональных условий труда, в том числе и военного, во взаимодействии с физиологическим состоянием кожи и организма в целом зависит не только разнообразие и характер воспалительной реакции, но и степень распространенности поражений кожи.

Локализация дерматитов, их развитие и разрешение, как правило, связаны с областью, временем и силой воздействия (концентрацией) раздражителя. Каждое новое соприкосновение с раздражителем вызывает воспалительную реакцию со стороны кожи, исключение же контакта с ним приводит к обратному ее развитию. Однако в ряде случаев с течением времени воспалительный процесс может, повидимому, утрачивать непосредственную связь с вызвавшим его раздражителем, приобретать новые качественные черты своего развития, раздражитель же в этих случаях лишь кладет начало воспалительному процессу. Можно сказать, что в этих случаях более простая реакция кожи на раздражение типа острого дерматита становится более сложной, соответствующей экзематозному характеру воспаления. Подобная связь простых дерматитов с экземой позволяет начать изложение данных, полученных при обработке историй болезни за годы Великой Отечественной войны, с дерматитов, а не с экзем, хотя последние чаще отмечались в этой группе болезней.

Не касаясь описания ожогов, отморожений и дерматитов от боевых химических веществ, которые излагаются в соответствующих разделах хирургии и токсикологии, мы рассматриваем здесь дерматиты от воздействия горючих и смазочных веществ, дерматиты от воздействия механических агентов, включая потертости, ознобления и актинические дерматиты, а также дерматиты от случайных причин, например, вызванные лекарственными, дезинфекционными и дезинсекционными средствами, дерматиты, вызываемые растениями и травами, и некоторые другие.

Помимо дерматитов, в этой же главе учтены токсикодермии, развивающиеся вследствие поступления в кожу через кровь некоторых лекарственных средств.

Согласно материалам историй болезни, как было показано в общей части, дерматиты вместе с потертостями отмечались у 2,7% всех госпитализированных по поводу кожных болезней.

Этиологические причины дерматитов были различны; результаты их изучения представлены в табл. 34.

Таблица 34

Этиологическая классификация дерматитов (в процентах)

1. Дерматиты от химических раздражителей:	
а) от горючих жидкостей и смазочных веществ	26,0
б) медикаментозные	19,4
в) прочие химические дерматиты	6,6
Итого химических дерматитов	52,0
2. Дерматиты от физических раздражителей	
а) актинические	6,2
б) термические	3,5
Итого от физических раздражителей	9,7
3. Механические, в том числе потертости	28,6
4. Дерматиты, вызываемые растениями и травами	1,8
5. Дерматиты невыясненной этиологии	7,9
Всего	100,0

Из табл. 34 видно, что у госпитализированных преобладали дерматиты от химических раздражителей, а среди них у 26,0% отмечались дерматиты от горючих и смазочных средств, встречающиеся в связи с работой в различных родах войск.

Широко применяемые в промышленности, а также в современных механизированных и моторизованных армиях горючие жидкости, смазочные средства и щелочи, являясь весьма активными химическими раздражителями, нередко обуславливают возникновение дерматитов. Дерматиты от воздействия горючих жидкостей (бензин, газولين, керосин и др.) возникают под влиянием чисто химического раздражающего их действия, которое усиливается вследствие их охлаждающего влияния, обезжиривания и высушивания кожи, приводящих к слущиванию рогового слоя и снижению кислотного барьера кожи.

При комбинированном действии горючих жидкостей воспалительный процесс протекает в виде то острых, то хронических дерматитов. Клиническая картина наблюдавшихся в годы Великой Отечественной войны дерматитов, вызванных воздействием горючих жидкостей, характеризовалась преимущественно сухостью кожи, шелушением, инфильтрацией, образованием трещин и явлениями вторичного инфицирования. Наиболее часто были поражены открытые части рук, подвергающиеся смачиванию горючими жидкостями, действие же паров (бензина) вызывало в некоторых случаях поражение кожи лица, шеи или других областей тела в форме эритематозного дерматита.

И. И. Гительзон, наблюдавший во время войны дерматиты от горючих жидкостей, считает, что бензин вызывает поражение кожи независимо от октанового числа (свиночный бензин, антидетонаторы, жидкость Р-9, в состав которых входит тетраэтилсвинец и антифриз).

Дерматиты от смазочных средств очень часто встречались в первую мировую войну и ряд авторов (главным образом зарубежных) позднее описывал их как настоящие «дерматиты войны». Дерматиты от смазочных масел возникают на местах кожи, наиболее подверженных загрязнению или непосредственно маслами, или вследствие промачивания ими спецодежды, — чаще всего на разгибательных поверхностях кистей

и пальцев рук, передних поверхностях бедер, коже лица, реже на коже груди и живота.

Клиническая картина их первоначально характеризуется покраснением и отеком кожи, иногда с последующим образованием микровезикул и мокнутия, однако эта форма встречается сравнительно редко. Чаще заболевание характеризуется поражением волосяных фолликулов. Начальный период поражения характеризуется образованием в устьях фолликулов черных точек, состоящих из масел, пыли и роговых чешуек. Наряду с подобного рода «комедо», отмечается высыпание синюшных фолликулярных узелков величиной с просное зерно или чечевицу, в центре которых видны роговые пробки, выступающие из устья волосяных фолликулов. В дальнейшем некоторые из них, вследствие вторичного инфицирования, становятся островоспалительными и представляются окруженными синевато-красным венчиком; в центре их позже образуется пустула. Наряду с этим, могут появляться и вульгарные фолликулиты.

Течение болезни, как правило, хроническое; болезнь длится даже после устранения раздражающего фактора. При обратном развитии процесса остаются фолликулярные пигментированные рубчики. Субъективные ощущения проявляются в виде умеренного непостоянного зуда. Эта форма поражения кожи в различных странах описывалась под различными названиями: «масляный прыщ», «масляные кониозы», «масляный угорь», «масляная чесотка». В отечественной литературе она описывается под названием дерматитов от смазочных масел или масляных фолликулитов.

Кроме этих двух форм поражения кожи, зависящих от воздействия на кожу смазочных веществ органической и минеральной природы, ряд авторов отмечает промежуточную форму — токсическую меланодермию. Она характеризуется, помимо фолликулярных, а иногда и бородавчатых элементов, своеобразной сетчатой пигментацией кожи.

Токсическая меланодермия в СССР встречается крайне редко. Авторы объясняют это тем, что в нашей стране применяются главным образом нефтяные, а не сланцевые и каменноугольные масла, содержащие ароматические углеводороды и обуславливающие фотосенсибилизацию кожи.

Описанные в зарубежной литературе меланозы «военного времени», нередко наблюдавшиеся в первую мировую войну, нельзя рассматривать как чисто токсические меланодермии. Для их развития требовалось, по-видимому, наличие каких-то общих нарушений со стороны организма, вернее всего связанных с резкими нарушениями питания, в частности, с гиповитаминозами и сдвигами в вегетативной и эндокринной системе. Отсутствие этих общих нарушений со стороны организма у военнослужащих, по-видимому, в основном и предотвратило развитие меланозов в Советской Армии.

Дерматологи и профпатологи СССР уделяют большое внимание изучению клиники, этиологии, патогенеза и профилактики фолликулитов, вызванных смазочными веществами, так как, будучи связаны с профессиональными условиями, они несомненно имеют социальное значение.

Согласно клиническим, экспериментальным и патологоанатомическим данным, при масляных фолликулитах имеет место атипичное разрастание эпителия фолликула с хронической перифолликулярной воспалительной инфильтрацией. Раздражающее эпителий действие масел различно и зависит от степени перегонки нефтепродуктов и их последующей очистки. В низших фракциях перегонки раздражающее действие обусловлено, по-видимому, ароматическими углеводородами, а в высших фракциях — высокомолекулярными окисленными или способными окисляться нафтенами.

С. К. Розенталь и Д. О. Карлин, экспериментально изучавшие влияние различных сортов масел на частоту масляных фолликулитов, распределяют их по силе патологического действия на кожу следующим образом:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Сульфазфрезоловое масло | 6. Веретенное масло |
| 2. Фрезол | 7. Машинное 20 (очищенное) |
| 3. Автоловое масло | 8. Турбинное масло |
| 4. Машинное очищенное масло | 9. Техническое вазелиновое масло |
| 5. Цилиндровое масло | 10. Медицинское вазелиновое масло |

Оказывается, что подобное последовательное размещение масел совпадает со степенью их очистки. На одном конце ряда стоят масла менее очищенные, а потому более вредно действующие на кожу, а на другом конце — масла высокой очистки и потому менее вредные. Помимо влияния на кожу химических компонентов, входящих в состав смазочных веществ, огромное значение имеют физические условия (летучесть, температура и др.), а также степень загрязнения масел как металлическими частицами, так и микробами в процессе производственного использования. В этиологии фолликулитов играет роль и пылевой фактор, который так часто встречается в производственных условиях и сочетается с вредным действием смазочных средств (С. К. Розенталь, Д. О. Карлин и др.).

Заболеванию фолликулитами способствуют как производственные моменты, так и анатомо-физиологическое состояние кожи. Сюда относятся, с одной стороны, степень разбрызгивания и распыления масел, высокая температура воздуха, пылевой фактор и состояние спецодежды — ее промокаемость; с другой — повышенное салоотделение, выраженный фолликулярный аппарат кожи в форме простого волосного лишая или волосатости кожи. Неудовлетворительные гигиенические условия и недостаточные навыки также способствуют развитию фолликулитов. Из сказанного ясны профилактические мероприятия: необходима высокая степень химической очистки масел, принятие мер по освобождению их от механических и бактериологических загрязнений, предупреждение разбрызгивания и распыления масел, наблюдение за чистотой машин, высокое качество спецодежды, создание санитарно-гигиенических условий труда, врачебный контроль и, наконец, воспитание гигиенических навыков по уходу за кожей. Профилактическое значение указанных мероприятий доказано рядом авторов. Проведенное Д. О. Карлиным повторное обследование через 6—8 месяцев одних и тех же групп работающих уже после осуществления ряда профилактических мероприятий производственного и санитарно-гигиенического характера показало значительное снижение заболеваемости фолликулитами.

Детальное изучение заболеваний кожи у военнослужащих различных родов войск в мирное время позволило также выявить у некоторых из них дерматиты, возникшие под воздействием горючих и смазочных веществ и щелочей.

Так, по данным Н. В. Санталова (1931), значительный процент масляных фолликулитов наблюдается в группе водителей танков, тракторов и автомашин — до 8,0% против 1,3% в других группах военнослужащих этих же частей. Позже, по данным Н. В. Санталова и М. Ф. Синани, число их снизилось в связи с проведением ряда профилактических мероприятий.

Учет перечисленных факторов, влияющих на частоту возникновения дерматитов, позволил и в течение войны осуществить ряд профилактических мероприятий по материально-техническому и санитарно-гигиеническому обслуживанию войск, которые в значительной степени предупредили среди них массовое развитие дерматитов от горючих и смазочных средств.

Согласно данным медицинских отчетов, дерматиты, в том числе от горюче-смазочных веществ, встречались среди некоторых групп военнослужащих в автопарках, ремонтных мастерских, на складах горюче-смазочных веществ и т. п., однако в весьма незначительном количестве и в нерезко выраженной форме.

М. Ф. Синанп и М. Р. Городинский, изучавшие в годы войны заболевания кожи у военнослужащих в авиации, установили при массовом обследовании летного, технического и наземного состава всего 0,59% масляных фолликулитов, притом только в начальной форме. Этот процент, по мнению авторов, является крайне низким и объясняется отличным качеством смазочных средств, спецодежды и высоким уровнем гигиенической обработки кожи.

И. И. Гительзон, изучавший заболевания кожи у личного состава авиачастей Гражданского воздушного флота, также не наблюдал выраженных форм масляных фолликулитов.

Таким образом, материалы историй болезни и данные медицинских отчетов полностью подтверждают, что дерматиты от горюче-смазочных средств не имели во время Великой Отечественной войны значительного распространения. Токсические же меланодермии вовсе не встречались.

Следующей группой дерматитов от химических агентов по частоте и распространению являлись дерматиты и токсикодермии вследствие аппликации или внутреннего приема лекарственных средств (19,4%). Изучение этой группы дерматитов и токсикодермий показало, что причиной их возникновения являлось смазывание кожи иодом, наложение серных и ртутных мазей, применение сульфамидных препаратов и пользование мылом К в качестве инсектицидного средства и для лечения чесотки (эмульсии, пасты, мази).

Дерматиты от физических причин составили 9,7%; среди них имели место ознобления, термические ожоги II степени, солнечные дерматиты. Ознобления наблюдались во время войны в результате длительного лежания на холодной, сырой земле, у лиц, занятых обслуживанием самолетно-моторного парка, а также в результате длительного соприкосновения с холодным оружием и смазывания его. Клиническая картина озноблений характеризовалась застойной эритемой, отеком, в отдельных случаях возникновением экссудативных папул и пузырей, а вслед за ними болезненных и длительно не заживающих эрозий. Ознобления чаще появлялись у лиц анемичных или с лабильной сосудистой системой, вследствие понижения общей сопротивляемости организма.

По материалам историй болезни в 1,8% отмечены дерматиты в результате случайного соприкосновения с растениями и травами. Однако установить конкретную связь с тем или иным видом растений на основании записей, имеющих в историях болезни, не представилось возможным.

В настоящее время описано свыше 100 видов растений и трав, способных вызвать дерматиты. К ним относятся лютиковые, молочай, первоцвет, ядовитый плющ, волчаня ягоды, папоротник, анемоны и др. В некоторых случаях для возникновения дерматита такого рода необходимо сочетание купания, особенно в прудах и озерах, с последующим лежанием на лугу под солнечными лучами. Повидимому, в таких случаях имеет значение не только наличие ядовитых веществ в том или ином растении, но и образование их при определенных условиях влажности, растирания зеленой части растения (хлорофилла); последующая инсоляция способствует возникновению острого буллезного дерматита, выявляющегося через 24—48 часов. Наличие скрытого периода, повидимому, подтверждает участие солнечных лучей в генезе дерматитов. Дерматиты развивались на местах, соприкасавшихся с травой, и в части случаев характеризовались полосатым, перекрещивающимся расположением эритемато-буллезных высыпаний, — нередко с последующим развитием длительно сохранявшейся пигментации.

кожи. Интересно, что, по данным Бенедек (Т. Benedek), изучавшего болезни кожи у солдат американской армии в годы второй мировой войны в условиях тропиков, дерматиты от трав и растений были частым явлением.

Таким образом, значительную часть дерматитов (46,4%) в период Великой Отечественной войны составили дерматиты, обусловленные случайными причинами, не связанными непосредственно с военной профессией. Чисто «профессиональные» дерматиты, к которым могут быть отнесены дерматиты от горюче-смазочных средств, имели ограниченное распространение, что было обусловлено высоким общим и санитарно-гигиеническим уровнем культуры воинов Советской Армии, хорошим качеством применяемых веществ и систематически проводившимися в войсках профилактическими мероприятиями.

Потертости, являясь одним из видов травматического (механического) дерматита, могут при определенных условиях встречаться в войсках как массовое явление, главным образом среди пехотинцев и частично в кавалерии. В период первой мировой войны описаны случаи, когда в пехотных полках потертости встречались у половины личного состава.

В результате широких профилактических мероприятий потертости в Советской Армии уже в 1930—1931 гг. отмечались почти вдвое реже, чем в 1926—1927 гг.

Многочисленные исследования и наблюдения, проводившиеся в различных условиях деятельности войск, показали, что главными причинами потертостей ног являются: неправильная пригонка обуви, неправильное подвертывание портянки или ее дефекты, дефекты производства обуви и, наконец, потливость ног. Все авторы отмечают наибольшую частоту локализации потертостей на пальцах ног, подошвах и в области пятки.

Изучению причин возникновения потертостей и их профилактике в Советской Армии постоянно уделялось большое внимание как медицинской, так и интендантской службой. Проводившиеся мероприятия способствовали значительному снижению числа потертостей. Так, например, только улучшение конструкции обуви снизило число потертостей более чем в два раза, а степень тяжести потертости — в 3,5 раза. Помимо устранения дефектов пригонки обуви или неправильного обертывания портянкой, а также потливости ног, огромное значение в снижении потертостей имела степень тренировки и втянутости в боевую и походную жизнь.

По данным П. С. Уникеля и И. О. Райх, потертости ног встречались у лиц первого года службы в 5,7 раза чаще, чем у второгодников, что объясняется авторами отсутствием навыков ношения армейской обуви или неумением наворачивать портянки. О роли тренировки говорят и данные Пеньковского, который показал, что в среднем при выходе в лагерь на расстояние 125 км потертости были отмечены у 5,0% состава, а при возвращении из лагеря после летней учебной и тренировки этот процент снизился до 1,8, т. е. почти в три раза.

Достаточная тренировка к длительному ношению военной обуви сопровождается анатомическими изменениями со стороны кожи в виде утолщения рогового слоя и соответствующих анатомо-физиологических изменений подлежащих тканей стопы. Эта защитно-приспособительная реакция кожи ведет к функциональной устойчивости стопы как органа движения.

По материалам историй болезни, за годы Великой Отечественной войны потертости составили всего лишь 0,8% всех болезней кожи, а в группе дерматитов — 25,6%. По медицинским отчетам, потертости наблюдались

сравнительно редко, хотя передвижения войск отличались большой активностью и напряженностью.

Потертости наблюдались почти исключительно в пехоте. В связи с длительностью службы в армии удельный вес их падал, что подтверждает значение тренировки для предупреждения потертостей.

Большинство случаев потертостей, при которых требовалось госпитальное лечение, были осложнены вторичной инфекцией; средняя продолжительность госпитального лечения их составляла 24 дня.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что огромное внимание, уделявшееся предупреждению потертостей в Советской Армии в мирное время, оказалось весьма эффективным и в годы войны. Выработанная для массового изготовления конструкция военной обуви, умение правильно пользоваться этой обувью и портянками, а также высокая степень тренировки обусловили небольшое число потертостей среди действующих войск.

Экзема

В течение долгого времени к экземе относили самые разнообразные болезни кожи воспалительного характера, сопровождавшиеся гиперемией, мокнутием, образованием корок и шелушением. Но, как выяснилось позднее, многие из них ничего общего с экземой не имели ни в морфологическом, ни тем более в патогенетическом отношении.

Экзема является своеобразным серозно-воспалительным заболеванием кожи (типа дермо-эпидермита), характеризующимся гиперемией, отеком кожи, возникновением мельчайших пузырьков — микровезикул, которые, вскрываясь, выявляют мелкоточечное капальное мокнутие с последующим образованием мелких серозных корочек, шелушения. Не одновременное, а толчкообразное высыпание пузырьков, в процессе своей эволюции дает картину значительного полиморфизма. Течение экземы крайне изменчивое, чаще хроническое и рецидивирующее, приводящее последовательно к инфильтрации и утолщению кожи, к утрате ее эластичности и образованию трещин. Высыпание экземы сопровождается зудом различной интенсивности. Локализация экзематозных очагов и распространенность процесса крайне разнообразны — от единичных очагов без резких границ, постепенно переходящих в здоровую кожу, до общего поражения всего кожного покрова.

Гистопатологические изменения при экземе характеризуются очаговым спонгиозом, акантозом и паракератозом эпидермиса, гиперемией, отеком и умеренной инфильтрацией дермы.

Если клинико-морфологически и гистологически экзема в настоящее время изучена достаточно полно, то патогенез ее до сих пор нельзя считать установленным.

Большинство дерматологов стоит на той точке зрения, что экзема представляет собой своеобразную реакцию кожи, в основе которой лежит измененная повышенная чувствительность кожи по отношению к разнообразным факторам внешних и внутренних воздействий. Спорным является лишь вопрос о механизме изменений реактивности кожи. По мнению многих дерматологов, экзему следует рассматривать как аллергическое заболевание кожи или, что, может быть, более правильно, как аллергическую реакцию сенсибилизированной кожи по отношению к разнообразным экзематогенным факторам. Тот факт, что изменение чувствительности кожи у больных экземой развивается не только на местах поражения, но и по всему кожному покрову и что экзематозный процесс в отличие от дерматитов имеет, как правило, тенденцию к последовательному распространению вне связи с воздействовавшим экзематогенным агентом, свидетельствует об особо большом значении в развитии экзематозного процесса ссылающей роли центральной нервной системы, влияние которой в развитии патологического процесса становится при известных условиях решающим.

Взгляд на экзему как на своеобразную реакцию кожи, обусловленную функциональными изменениями со стороны центральной нервной системы, выдвигавшийся многими отечественными дерматологами (А. Г. Полотебнов, Т. П. Павлов, П. В. Никольский и др.), находит подтверждение в учении И. П. Павлова о

ведущей роли коры головного мозга. Эксперименты М. К. Петровой показали возможность развития разнообразных дистрофических процессов со стороны кожи, в том числе и экземы, под влиянием функциональных изменений коры больших полушарий и нарушений ее взаимоотношений с подкоркой и связанными с ней вегетативной и эндокринной системами.

В настоящую главу не включены случаи вторичной экзematизации других дерматозов, в частности, **пиогенных и паразитарных болезней** кожи, которые на основании их этиологии вошли в соответствующие главы настоящей тома, тем более что вопрос об идентичности патогенеза вторичной экзematизации и патогенеза истинной экземы еще окончательно не решен.

Экзема — довольно распространенное заболевание. Однако, ввиду отсутствия единого взгляда на клинику экземы, статистические данные, приводимые различными авторами, не позволяют при своем сопоставлении выявить истинную картину частоты этого заболевания.

Так, по данным С. И. Кедрова и В. И. Терешковича, первичная обращаемость по поводу экземы составляла с 1914 по 1926 г. 27% всех обратившихся по поводу кожных болезней. По данным И. С. Григорьева за 1920—1930 гг., процент больных экземой равнялся 23,68.

В Советской Армии, по данным В. Н. Добропорова и С. И. Кедрова за 1921—1925 гг., больные экземой составили 14,9% всех госпитализированных кожных больных, а по данным С. П. Архангельского за 1926 г., — 18,7%.

В русско-японскую войну 1904—1905 гг., по данным Л. И. Эрлиха, больные экземой составляли 16,1% всех госпитализированных по поводу кожных заболеваний. В первую мировую войну среди госпитализированных по поводу болезней кожи больные экземой составляли в экспедиционном корпусе США в Европе 12,3%, в английской армии — 8,0%, в германской — 9,7%. Данных по русской армии не опубликовано.

Во время Великой Отечественной войны больные экземой в Советской Армии составили 10% всех госпитализированных по поводу болезней кожи. Относительно небольшой удельный вес больных экземой в общей массе кожных больных в военное время отчасти объясняется повышением удельного веса других форм кожных заболеваний (в частности, гнойничковых заболеваний и чесотки). Однако вряд ли эта причина является единственной. Согласно наблюдениям терапевтов (М. Я. Лясс), в период Великой Отечественной войны многие болезни, в основе которых лежали изменения реактивности и, в частности, аллергический патогенез, количественно резко уменьшились (острый истинный ревматизм, бронхальная астма, крапивница и др.). Согласно наблюдениям С. Т. Павлова, у многих больных, как военнослужащих, так и из числа гражданского населения, страдавших до войны упорными, не поддававшимися лечению экземами, в годы войны наступило выздоровление, но по окончании войны у них снова наблюдались рецидивы. Повидимому, в этих случаях играли роль своеобразные влияния со стороны центральной нервной системы, как это следует из наблюдений и экспериментов И. П. Павлова и его сотрудников, в значительной степени подтвержденных наблюдениями многих невропатологов во время Великой Отечественной войны. Так, было неоднократно отмечено, что разнообразные невротические состояния, которыми больные страдали до войны, совершенно исчезали или значительно улучшались в течение войны в связи с повышением тонуса больших полушарий, неизбежно возникающим в обстановке военных действий. Следует полагать, что при активном, повышенном тонусе коры больших полушарий по механизму отрицательной индукции могут затухать разнообразные патологические проявления невротической природы.

Меньшее относительно количество больных экземой в мирное время среди военнослужащих по сравнению с гражданским населением может быть объяснено как меньшим влиянием на кожу различных экземаатогенных факторов, так и особенностями условий жизни и труда военнослужащих, в частности, длительным пребыванием на воздухе, закаливанием организма и т. п., что способствует укреплению нервной системы и тем самым создаст большую устойчивость личного состава к влияниям внешней среды.

Специальная разработка историй болезни позволила выявить некоторые особенности возникновения и течения экземы у военнослужащих в военное время. Как было указано выше, больные дерматитами и экземой наблюдались чаще в войсках, технически наиболее оснащенных, что свидетельствует о роли в развитии экзематозного процесса экзогенных химических раздражителей. Это подтверждается и тем, что среди больных экземой водители боевых и транспортных машин составляют 13,5%. Еще больший процент экзематозных больных в авиации может быть объяснен, помимо влияния экзематозных агентов, большим влиянием эмоциональных факторов. Значительная часть больных связывала заболевание экземой с нервно-психическим напряжением, а 9% больных указывали на прямую связь возникновения экземы с перенесенными ранениями и контузиями. У 20,1% больных экземой были отмечены сопутствующие заболевания, среди которых преобладали болезни органов пищеварения и нервной системы (учтены клинически выраженные формы). Из общего числа больных экземой 65,8% заболели во время войны, а 34,2% болели экземой и до войны. Кроме того, у 21,0% больных экземой ранее имелись другие болезни кожи (псориазы, эпидермофития и др.). В этой же связи следует отметить 9,8% сопутствующих экземе болезней кожи. Среди них псориазы составляли 5,9%, эпидермофития — 1,6%, прочие болезни кожи — 2,3%.

Таким образом, наблюдения за развитием и течением экзематозных поражений в годы войны с несомненностью подтверждают ведущую роль в развитии этого заболевания функциональных изменений со стороны центральной нервной системы.

При этом факторы войны, влияя на кору головного мозга, в одних случаях способствуют развитию экзематозного поражения, в других же, наоборот, повышая тонус коры, ведут к затуханию патологического процесса.

Чешуйчатый лишай, псориаз (psoriasis vulgaris)

Чешуйчатый лишай — довольно распространенное заболевание кожи. Однако в многочисленных статистических работах приводятся различные показатели его распространенности; так, согласно данным А. П. Иордана, псориаз составляет от 2,4 до 4,0% всех заболеваний кожи; по данным П. С. Григорьева — 4,0%, Б. М. Пашкова — 6,5%, В. Ю. Мронговича — 13,3%.

Крокер (Crocker) считает, что заболеваемость псориазом в Англии равна 7,0% всех заболеваний кожи. Во Франции псориаз составляет 15,0% всех зарегистрированных заболеваний кожи; в США, по данным статистического отчета Дерматологической ассоциации, — 3,2%.

По данным В. Н. Добронравова и С. И. Кедрова (1921—1926), среди военнослужащих, госпитализированных по поводу болезней кожи, псориаз составил 4,1%, а по данным С. П. Архангельского (1926—1929), — 1,9%.

Имеющиеся в литературе статистические сведения за отдельные войны крайне незначительны и вряд ли отражают истинную заболеваемость чешуйчатым лишаем в военное время.

По данным Л. И. Эрлиха, в полевом запасном госпитале за 19 месяцев русско-японской войны 1904—1905 гг. среди всех госпитализированных по поводу болезней кожи больные чешуйчатым лишаем составляли 3,4%. В первую мировую войну в английской армии процент госпитализации по поводу чешуйчатого лишая равнялся 4,3, а в германской армии — 3,4.

По материалам разработки историй болезни, среди госпитализированных по поводу болезней кожи в годы Великой Отечественной войны больные чешуйчатым лишаем составляли 3,7%.

Согласно данным медицинских отчетов, процент госпитализации по различным госпитальным базам был неодинаков, что видно из табл. 35.

Таблица 35

Количество больных чешуйчатым лишаем по данным медицинских отчетов (в процентах к числу госпитализированных кожных больных)

№ п/п	Название госпитальной базы	Процент госпитализированных больных чешуйчатым лишаем	За какой период
1	ГБА и ГБФ 3-го Украинского фронта	1,7	Январь 1943 г. — июнь 1944 г.
2	ГБФ Ленинградского фронта	6,5	Июнь 1942 г. — июнь 1943 г.
3	Госпитальная база Н-ского РЭП	4,3	Июнь 1942 г. — июнь 1944 г.
4	Госпитальная база Н-ского МЭП	7,9	Июнь 1944 г. — июль 1945 г.
5	Н-ский госпиталь внутреннего района	5,5	За все годы войны

Данные табл. 35 показывают, что процент госпитализации по отдельным госпитальным базам колебался в довольно широких пределах — от 1,7 до 7,9, причем больные псориазом концентрировались преимущественно в госпиталях ГБФ, МЭП и РЭП, что согласуется с распределением больных по этапам эвакуации по назначению, установленным на основании изучения историй болезни. Судя по приведенным данным, процент больных псориазом во время войны был ниже, чем в мирное время; однако следует учесть, что обращаемость и госпитализация больных псориазом во время войны снижаются, так как это заболевание, не вызывая в большинстве случаев резких субъективных расстройств или значительного ограничения функций, не препятствует несению военной службы.

Для решения вопроса о влиянии условий войны и боевой обстановки на частоту возникновения, клинику и течение псориаза данные историй болезни были подвергнуты углубленной разработке. Оказалось, что из числа всех больных чешуйчатым лишаем заболело во время войны 63,1%, а 36,9% страдали им еще до войны. Одновременно установлено, что среди впервые заболевших псориазом во время войны заболевание протекало непрерывно или с частыми рецидивами у 47,1% больных, в то время как в группе заболевших до войны непрерывность течения болезни или частые рецидивы отмечались у 83,3%. Очевидно, лица, болевшие псориазом до войны, были менее устойчивы к влиянию военной и боевой обстановки в смысле частоты и длительности приступов болезни. По данным М. М. Кузнецова, проводшего аналогичное изучение больных псориазом,

находившихся на лечении в СЭГ Н-ского фронта с августа 1941 г. по январь 1945 г., впервые заболело во время войны 44,7%, причем у 82,4% из них болезнь характеризовалась непрерывным течением, но лишь с менее интенсивными клиническими проявлениями, а у 17,6% она рецидивировала один-два раза.

По данным Я. М. Мариупольского, основанным на изучении состава больных псориазом одного из эвакогоспиталей внутреннего района, впервые заболело во время войны 61,7%.

Изучение историй болезни в целях выявления влияния возраста на возникновение и течение псориаза показало, что среди лиц, заболевших до войны, у которых были отмечены проявления псориаза, около $\frac{3}{4}$ приходится на лиц в возрасте до 30 лет.

По данным В. А. Поспелова, П. С. Григорьева и др., псориаз чаще впервые проявляется в юношеском возрасте и в период полового созревания. Согласно данным других авторов, болезнь проявляется в возрасте до 30 лет. В группе заболевших во время войны первые проявления болезни возникали одинаково часто как в возрасте до 30 лет (50,9%), так и позже (49,1%). Подобное распределение позволяет предположить, что условия военной обстановки сами по себе способствуют проявлению псориаза, вне зависимости от возраста и связанных с ним эндокринных периодов, на что указывают многие авторы.

По данным М. М. Кузнецца, псориаз выявился у 71,4% в возрасте между 20 и 40 годами; в группе заболевших во время войны в этом возрасте он проявлялся несколько чаще, а именно в 87,1% случаев. Давность заболевания псориазом у заболевших до войны колеблется в широких пределах: на срок до 5 лет приходится 31,7%, до 10 лет — 34,2%, до 15 лет — 19,6%, до 20 лет — 12,3%, свыше 20 лет — 2,2%; давность заболевания не указана в 8,8% случаев.

Известно, что псориаз может длиться долгие годы и даже десятилетия, причем рецидивы чередуются с ремиссиями различной длительности. Во время войны у военнослужащих действующей армии особенно часто отмечались длительные периоды непрерывного течения псориаза без склонности к ремиссиям. По материалам разработки историй болезни, такое течение наблюдалось у 65,2% всех больных псориазом, по данным М. М. Кузнецца, — у 59,4%. Наряду с отсутствием ремиссий в течении псориаза, во время войны отмечалось и значительное его упорство в смысле трудности клинического излечения, несмотря на правильные, как это явствует из историй болезни, методы лечения, не отличавшиеся от тех, которые и в настоящее время применяются всеми лечебными учреждениями.

Своеобразное течение псориаза во время войны, выразившееся в непрерывности болезни и в трудности ее излечения, отразилось и на клинических исходах. Выздоровление при псориазе наступило всего лишь в 24,7% случаев, улучшение — в 61,1%, состояние осталось без перемен — в 14,2%; средняя продолжительность госпитального лечения равнялась 34 дням. О значительном упорстве псориаза по отношению к терапии во время войны свидетельствуют также данные Я. М. Мариупольского, касающиеся клинических исходов и длительности лечения. По его данным, выздоровление наступило в 68,3%, улучшение — в 25,0% и состояние осталось без перемен в 6,7% случаев при средней продолжительности лечения в 64,2 дня.

Наблюдения В. В. Иванова, И. И. Гительсона и других также свидетельствуют о том, что неблагоприятные условия войны сказываются на частоте возникновения, клинике и течении псориаза.

В. В. Иванов в годы первой мировой войны отметил увеличение псориаза за счет как впервые возникающих форм, так и рецидивов псориаза и ставил это в связь с ранениями и контузиями.

Материалы истории болезни позволяют в известной мере учесть зависимость псориаза от различных факторов, с которыми связывалось первое проявление болезни (табл. 36).

Таблица 36

Распределение больных чешуйчатым лишаем в зависимости от различных факторов, с которыми связывалось первое проявление болезни (в процентах)

Группа заболевших	Причина, с которой связывалось заболевание						Всего
	Ранение, контузия и другие травмы	Перво-психическое напряжение и потрясение	Простудные заболевания	Инфекционные и другие заболевания	Без видимой причины		
Заболевшие до войны	12,7	20,0	1,9	1,8	63,6		100,0
Заболевшие во время войны . . .	48,2	24,4	4,4	2,0	21,0		100,0

Приведенные анамнестические данные указывают, что возникновение псориаза у лиц, заболевших во время войны, чаще всего было связано с перенесенными ранениями, контузиями, перво-психическими напряжениями и потрясениями. И. И. Гительзон описал случай непосредственного появления чешуйчатого лишая у одного учета, который во время учебного полета неожиданно встретился в воздухе с самолетом противника. Потребовавшееся в этом случае перво-психическое напряжение для сохранения самообладания обусловило возникновение болезни.

Н. М. Мариупольский указывает, что в 54,5% ранения, контузии и резкие охлаждения послужили толчком для появления первого высыпания псориаза.

По данным М. М. Кузнеця, специально изучавшего этот вопрос, 93,0% всех наблюдавшихся им больных псориазом принимали непосредственное участие в боевых операциях, из них 56,7% получили ранения и контузии; у части имелись отморожения и ожоги. В 2,4% случаев болезнь проявилась вслед за перенесенными инфекционными заболеваниями; 82,3% больных первой группы связывали первое появление болезни с различными факторами войны, действующими обычно сочетанно.

Для иллюстрации этого положения М. М. Кузнец описал случай псориазической сыпи, впервые возникшей сначала на месте ожога, вызванного взорвавшейся гранатой, а затем распространившейся на другие области. Течение болезни отличалось значительным упорством.

Не менее показателен и случай чешуйчатого лишая у партизана Ч., который связывал первое появление болезни с постоянными охлаждениями во время партизанских действий, когда он часто промокал, был вынужден подолгу лежать на земле и ходить в сырой одежде. Первое высыпание держалось два года. Рецидив болезни наступил после форсирования реки, когда, помимо охлаждения, больной получил ранение головы, сопровождавшееся потерей сознания и тяжелым перво-психическим потрясением.

В литературе имеются указания на возникновение первых проявлений и рецидивов псориаза в зависимости от времени года или вследствие провоцирующего влияния низких и высоких температур (Л. А. Соболев, Г. И. Мещерский и др.). По материалам историй болезни, установлено, что с октября кривая заболеваемости псориазом повышалась, достигая максимума в декабре — январе, затем к февралю она падала до исходных цифр с умеренными колебаниями в весенние месяцы и оставалась на низком уровне в течение летних месяцев (рис. 24). Аналогичные данные получил М. М. Кузнец, но он выявил лишь небольшое количество чисто летних и чисто зимних форм.

Однако сезонные влияния едва ли можно считать преобладающей причиной возникновения псориаза. Повидимому, при этом имели значение другие, более важные факторы войны.

Клиническая картина псориаза достаточно хорошо изучена и известна; об этом свидетельствует небольшое процент диагностических ошибок (18,6), о чем можно судить по изученным историям болезни. Расхождений в диагнозах не были грубыми и касались весьма сходных с псориазом форм: псориазиформная хроническая экзема, розовый лишай, псориазиформная хроническая стрептодермия и т. п. По данным Я. М. Мариупольского, процент расхождений диагнозов направления и диагнозов поступления при псориазе был равен 13,3.

Изучение историй болезни дает возможность отметить некоторые особенности локализации псориазической сыпи, сопутствующих симптомов и болезней.

Так, например, среди госпитализированных преобладали формы распространенного псориаза (95,8%), изолированные формы составляли лишь 4,2% случаев, из них на волосистой части головы — 0,6%, на верхних конечностях — 0,6%, на нижних конечностях — 2,4% и на прочих участках кожного покрова — 0,6%. Поражение ладоней и подошв, а также ногтей наблюдалось в группе больных с сочетанной и распространенной локализацией, но установить процентное соотношение этих поражений не представлялось возможным.

По данным М. М. Кузнец, поражение ладоней и подошв составляло 31,1%. Изменения ногтевых пластинок автор отметил в 44,9%, из них симптом «наперстка» — в 27,4%. Одновременно с этим он обратил внимание на поражение кожи ушных раковин в 25,2% случаев и считает, что подобная локализация псориазической сыпи, как и локализация ее на ладонях и подошвах, связана с бытовыми условиями действующих войск.

Согласно материалам историй болезни, в 1,0% случаев отмечено поражение псориазом слизистых оболочек полости рта (нетипичные случаи лейкоплакии во внимание не принимались).

До недавнего времени вопрос о поражении слизистых оболочек оставался неразрешенным, и по этому поводу высказывались противоречивые

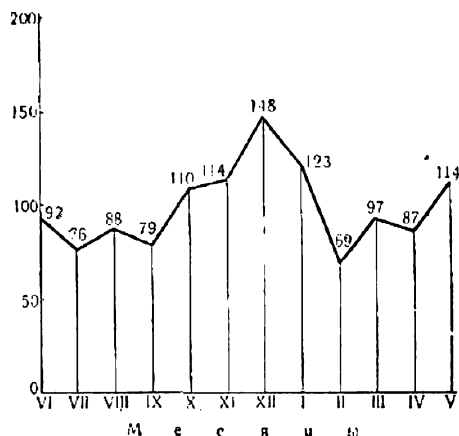


Рис. 24. Заболеваемость чешуйчатым лишаем за 1941—1943 гг. (среднее ежедневное число заболеваний за месяц при среднем ежедневном числе в году, принятом за 100).

взгляды (А. Г. Полотебнов, П. В. Никольский, Л. А. Соболев и др.). В настоящее время спорный вопрос о поражении псориазом слизистых оболочек решен положительно и доказан гистопатологическими исследованиями А. П. Иордана, Н. С. Смелова, М. М. Кузнецова и др.

Специальное изучение состояния слизистых оболочек рта М. М. Кузнецовым позволило обнаружить типичные псориазические папулы в 7,5%. Столь высокий процент поражения слизистых оболочек полости рта он объясняет раздражающим действием курения на слизистые оболочки. У части больных имелись кариозные зубы; возможно, оказывало влияние и периодическое употребление в пищу сухарей, а также низкая температура воздуха.

Из числа сопутствующих симптомов, влиявших на общее состояние больного, по материалам историй болезни установлено учащение зуда, болей в костях и суставах.

Зуд, согласно этим материалам, отмечался в 37,0% случаев. Жалобы на боли различной интенсивности в костях и суставах предъявлялись сравнительно часто, но выраженные артропатии наблюдались в 1,2% случаев. По данным М. М. Кузнецова, зуд в слабой и умеренной степени наблюдался в 70,3%, в сильной степени — в 19,8%, отсутствовал в 9,9% случаев. Боли в костях и суставах, по данным автора, наблюдались в 70,2%, причем учитывались все степени проявления болей; тяжелых форм артропатий не наблюдалось. Учащение явлений зуда, потливости и болей автор ставит в связь с изменениями со стороны нервной системы (которые наблюдались у больных псориазом в 71,2% случаев в виде неврастенических явлений, вегетосеврозозов, контузионных псеврозозов и т. п.), а также с частыми и длительными охлаждениями тела. Согласно литературным данным, зуд при псориазе в мирное время встречается сравнительно редко (Т. П. Павлов, И. С. Григорьев, Л. А. Соболев и др.). Однако имеются и противоположные данные. Так, например, Б. М. Пашков отмечал зуд у 70,0% больных.

Сочетание псориаза с артропатиями является установленным фактом, но наблюдается сравнительно редко: по данным И. С. Григорьева, — в 1,0—5,0% случаев, по данным Б. П. Пашкова, — в 1,7%.

Бенедек с марта 1943 г. по октябрь 1944 г. наблюдал у солдат американской армии, действовавшей в районе Тихого океана, пустулезный псориаз в сочетании с артропатиями, нередко служивший причиной увольнения из армии.

По материалам историй болезни, отмечено сравнительно большое число одновременных высыпаний псориаза и пиодермитов (15,6%). По клиническим формам пиодермиты распределяются следующим образом: 1) фолликулиты и фурункулы — 8,4%, 2) гидрадениты — 3,6%, 3) эктимы — 1,6%, 4) импетиго — 2,0%.

Согласно данным М. М. Кузнецова, пиодермиты у больных псориазом отмечены в 30,2%, из них: фолликулиты и фурункулы — в 21,7%, гидрадениты — в 1,7%, импетиго — в 1,7%, эктимы — в 3,3%, хронические язвы — в 0,8%, микробная экзема — в 1,0%.

Значительное число гнойничковых болезней кожи при псориазе, наблюдавшихся в годы войны, лишний раз опровергает мнение, что при псориазе исключена возможность возникновения пиодермитов.

Все приведенные выше факты позволяют заключить, что условия войны оказывают определенное влияние на возникновение, течение и отчасти на клиническую картину псориаза у лиц, принимавших непосредственное участие в боевых действиях. Среди причин первичного возникновения псориаза во время войны привлекают особое внимание ранения и контузии,

а также нервно-психические травмы и напряжения, в меньшей степени влияние простуды.

Характерна и непрерывность течения псориаза без склонности к ремиссиям и упорство по отношению к терапии.

Менее отчетливо выявляется влияние условий войны на клинические проявления болезни; однако и здесь следует отметить частоту псориазных высыпаний на ладонях, подошвах и ушных раковинах (что, возможно, связано с большей травматизацией соответствующих участков кожного покрова), более частое поражение слизистых, а также учащение зуда и поражения суставов различной интенсивности. Нередко наблюдались и сочетания псориаза и пиодермитов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги анализа кожной заболеваемости, наблюдавшейся в войсках Советской Армии в годы Великой Отечественной войны, следует прежде всего констатировать, что удельный вес кожных заболеваний среди общей заболеваемости был значительно ниже, чем в прошлые войны. В уменьшении количества кожных больных в годы Великой Отечественной войны сыграл большую роль прежде всего высокий культурный уровень солдат Советской Армии, значительно способствовавший повышению личной гигиены, имеющей огромное значение в профилактике кожных болезней, а также их политико-моральное состояние, высокая сознательность и подлинный патриотизм, ограничивавшие возможность острых нарушений первого равновесия (нервных срывов).

Значительное снижение удельного веса кожных заболеваний вообще и гнойничковых и паразитарных заболеваний в частности было обусловлено также высоким уровнем общего санитарно-гигиенического обслуживания войск, а также организацией специального дерматологического обслуживания с привлечением к этой работе большого количества квалифицированных дерматологов во главе с руководящими специалистами фронтов и армий.

Такая организация дала возможность приблизить квалифицированную лечебную помощь к войскам путем развертывания широкой сети специализированных госпиталей во фронтовых и в армейских районах и тем устранить необоснованную эвакуацию кожных больных в тыловые районы, имевшую место в прошлые войны, и широко проводить специальную профилактическую работу применительно к местным эпидемиологическим условиям. Большая профилактическая работа была, в частности, проведена по борьбе с отдельными формами кожных заболеваний (дерматомикозы, чесотка и др.).

В то же время опыт работы военно-медицинской службы в годы Великой Отечественной войны отчетливо показал полную возможность и рациональность использования для лечения кожных больных, требующих коротких сроков госпитализации, лечебных учреждений войскового района (ДМР) при условии включения в их состав дермато-венеролога, непосредственно организующего лечебно-профилактическую работу по специальности в войсках.

Концентрация кожных больных в специализированных госпиталях при широкой возможности госпитализации всех форм кожных заболеваний и лечения их дерматологами позволила достаточно полно изучить кожные заболевания в действующей армии и выявить различные особенности их клиники, патогенеза, терапии и профилактики.

Основную группу кожных больных (45,1%), как и в прошлые войны, составляли больные с гнойничковыми заболеваниями кожи, однако удель-

ный вес их среди общей массы кожных больных был не столь высок, как в прошлые войны, несмотря на то, что в группу гнойничковых заболеваний были включены прежде мало известные формы болезней (хроническая диффузная стрептодермия, микробная экзема, хронические пиококковые язвы), изученные лишь в период между первой и второй мировой войной.

Основную роль в возникновении гнойничковых заболеваний кожи играли внешние факторы, как-то: загрязнение кожи, микротравматизм и раздражение кожи химическими веществами, в частности, смазочными маслами и горючими жидкостями (бензин, керосин). Последние причины обращают на себя особое внимание и требуют разработки еще более рациональных профилактических мероприятий в военное и в мирное время.

Немалую роль в возникновении пиогенных заболеваний кожи играли и физические факторы — переохлаждение, перегревание и влияние влажности, обуславливавшие не только развитие гнойничковых поражений, но и своеобразное их течение. Особо следует отметить длительное переохлаждение и влияние влажности, которые нередко являлись причиной развития длительно протекавших хронических форм пиогенных поражений кожи преимущественно нижних конечностей (хронические эктимы, хроническая диффузная стрептодермия, хронические пиогенные язвы и т. п.).

Значительно меньшее значение в развитии пиодермитов в войсках, по сравнению с прошлыми войнами, имели паразитарные заболевания кожи, игравшие ведущую роль в возникновении гнойничковых заболеваний во всех армиях в первую мировую войну. Одним из показателей незначительной роли паразитарных факторов в возникновении гнойничковых заболеваний в войсках Советской Армии является крайне низкий процент (4,8% общего количества пиодермитов) актиноматозных поражений, составлявших в первую мировую войну основную массу гнойничковых поражений кожи, в особенности в иностранных армиях.

Эндогенные причины, среди которых особое значение имели перенесенные общие заболевания, длительное физическое переутомление, а также недостатки питания и, в частности, гиповитаминозы, вызывали по преимуществу изменение клиники и течения некоторых форм пиодермитов. Так, на фоне длительного физического переутомления, вторичных анемий, развивавшихся после общих заболеваний, длительных желудочно-кишечных заболеваний, нарушений питания и гиповитаминозного состояния, отмечалось вялое созревание и длительное последующее заживление фурункулов и карбункулов. Нередко развивались так называемые вялые абсцедирующие фурункулы, длительно и крайне упорно протекавшие импетиго и эктимы, которые в отдельных случаях переходили в длительно не заживавшие хронические язвы.

Из особых форм пиодермитов, подробно изученных во время войны, следует отметить хронические пиогенные язвы, наблюдавшиеся как в войсках, так и среди гражданского населения.

Крайне редко встречавшиеся в мирное время и ввиду этого мало знакомые врачам хронические пиогенные язвы были подробно и тщательно изучены советскими дерматологами в военные годы с точки зрения как клиники, так и патогенеза. Суммируя данные углубленной разработки историй болезни и опубликованных по этому вопросу работ, следует прийти к заключению, что имеются все основания выделить так называемые хронические пиогенные язвы с точки зрения их клинического развития и течения в самостоятельную нозологическую форму в общей группе еще плохо и крайне неточно классифицированных хронических

язвенных поражений кожи. Этиологическим фактором их является пиогенная инфекция кожи (стрептококки или стафилококки), на что указывает, помимо бактериологических исследований, наблюдаемое иногда развитие соответствующих язвенных поражений из других форм пиогенных заболеваний кожи (фурункулы, эктимы и др.). Однако инфекции принадлежит, повидимому, лишь роль разрешающего фактора, а своеобразное течение язвенного процесса обуславливается в основном особенностями патогенеза. Сущность последнего сводится, повидимому, к глубоким трофическим изменениям, связанным с местным нарушением кровообращения в коже, обусловленным, с одной стороны, длительным воздействием холодовых факторов на нервно-сосудистый аппарат кожи, а с другой — изменением сосудов под влиянием нарушений общего питания.

Глубокому и всестороннему изучению в годы войны был подвергнут вопрос о так называемых паратравматических или околораневых поражениях кожи. Поставленный впервые в период первой мировой войны русскими (В. В. Иванов) и французскими дерматологами, но ограниченный в основном лишь одной формой поражения, вопрос этот был во время Великой Отечественной войны подробно изучен советскими дерматологами. Последние объединили под общим названием «околораневые поражения кожи» всю группу заболеваний, развивающихся вокруг раны в течение всего времени ее существования, и дали точную классификацию различных клинических форм этих поражений.

Согласно этой классификации, основную массу околораневых поражений составляют различные формы пиогенных заболеваний кожи, среди которых хронические формы и, в частности, хроническая диффузная стрептодермия и микробная экзема занимают первое место. Своеобразное хроническое течение пиогенных процессов, развивающихся вокруг раны, чаще всего при тяжелых ранениях конечностей (главным образом лижних) с повреждением костей, обусловлено, повидимому, глубокими трофическими изменениями, возникающими в результате повреждения крупных сосудов и периферических нервов.

Практически весьма важные данные выявил анализ грибковых заболеваний кожи, в частности, эпидермофитии. Значительная распространенность этого заболевания в форме поражения стоп и кистей в мирное время среди гражданского населения и военнотружущих дала повод некоторым дерматологам высказать предположение, что эпидермофития стоп может во время войны получить особенно широкое распространение. Однако, как показал анализ историй болезни, предположение это не подтвердилось. Эпидермофития стоп не имела в войсках Советской Армии в годы войны значительного распространения и составила всего лишь 5,9% всех заболеваний кожи. Столь незначительный удельный вес эпидермофитии может быть объяснен рядом обстоятельств. Прежде всего удалось установить, что условия для распространения этого заболевания во время войны значительно менее разнообразны, чем в мирное время, и ограничиваются в основном лишь двумя факторами — банями и возможностью использования обезличенной обуви.

Вторым обстоятельством, обусловившим, повидимому, незначительное распространение эпидермофитии в войсках в годы войны, явилось установленное еще в мирное время крайне ограниченное распространение этого заболевания среди сельского населения, встречавшегося, по данным И. В. Размаинского, всего лишь у 0,15% обследованного им населения.

Третьим фактором, способствовавшим ограничению распространения эпидермофитии, явились широкие профилактические мероприятия, проводившиеся в войсках с начала войны медицинской службой.

Однако, наряду с незначительным распространением эпидермофитии стоп, было установлено более тяжелое течение этого заболевания во время войны. Как показал анализ историй болезни, основной формой эпидермофитии стоп в годы войны явилась дисгидротическая ее разновидность (90,8%), крайне часто (в 52,0%) осложненная пиогенной инфекцией (40,8%) или дерматитами и экзематизацией (11,2%).

Столь значительный процент более тяжелых, в частности, осложненных форм может быть объяснен многими причинами, среди которых следует прежде всего отметить длительные походы, непрерывное ношение обуви, которую нередко не удавалось снимать в течение длительного времени, частое промачивание и длительное ношение мокрой обуви, а также нерегулярную сушку и стирку портянок. Известное влияние имели и общие причины, в частности, общее физическое переутомление и нервное напряжение, игравшие, несомненно, роль в изменении реактивности кожи, что, как известно, способствует развитию более тяжелых форм эпидермофитии, в частности, дисгидротической.

Обращает внимание и большой процент (32,9) эпидермофитии, сопровождавшейся появлением вторичных сыпей, носивших характер или экзематидов, или эритемато-экссудативных высыпаний, нередко типа экссудативной эритемы (так называемые эпидермофитиды).

Сочетание частоты появления вторичных высыпаний и эпидермофитии, осложненной пиогенной инфекцией, клиническое сходство этих высыпаний при эпидермофитии с высыпаниями при пиогенных очаговых инфекциях кожи позволяет предположить, что эти вторичные реакции, возможно, обуславливаются (хотя бы в известной части случаев) не эпидермофитом, а вторично присоединившейся пиогенной инфекцией.

Эпидермофития больших складок, имевшая в первую мировую войну в некоторых из воевавших армий (в частности, в германской) весьма широкое, местами эпидемическое распространение, в годы Великой Отечественной войны в Советской Армии не наблюдалась. Другие формы грибковых заболеваний, в частности, трихофития, в отличие от прошлых войн, имели крайне незначительное распространение и в сумме составляли меньше 1% всех заболеваний кожи.

Лишь на одном из фронтов наблюдалась быстро ликвидированная вспышка трихофитии, обусловленная поступлением больных, прибывших с новым пополнением, страдавших хронической формой этого заболевания.

Одним из показателей санитарного состояния армии как в мирное время, так и во время войны является большая или меньшая распространенность паразитарных заболеваний, в частности, чесотки. Анализ заболеваний чесоткой показал, что ее частота (21,7% общего количества госпитализированных кожных больных) была значительно меньше, чем в прошлые войны. Заболевание наблюдалось в виде отдельных вспышек, обусловленных главным образом прибытием больных с пополнениями и в еще большей степени контактом с гражданским населением на территории, освобождавшейся Советской Армией от оккупации противника.

С клинической стороны чесотка, согласно данным историй болезни, не выявляла никаких существенных особенностей, за исключением отмечавшегося, как и в прошлые войны, крайне частого и быстро возникавшего осложнения основного заболевания вторичной пиогенной инфекцией.

Последнее объясняется как более значительным во время войны загрязнением кожи, так и большей восприимчивостью ее к инфекциям в связи с нарушенным общим состоянием больных, в частности, с общим физическим переутомлением.

Анализ методов лечения чесотки, применявшихся в лечебных учреждениях Советской Армии, показал, что при лечении этого заболевания применялись крайне разнообразные акарицидные средства, среди которых наиболее широкое распространение имели серные препараты. Наряду с серной мазью, довольно широко применялся препарат К (бисэтилксантоген) в виде 5—10% эмульсии, 5% пасты, серное мыло Дьякова и ряд других препаратов, многие из которых были предложены отечественными дерматологами в военные годы. Результаты лечения всеми этими средствами оказались почти одинаковыми. Это показывает, что в терапии чесотки решающее значение имеет не столько выбор акарицидного средства, сколько тщательное соблюдение методики обработки чесоточного больного.

С этой точки зрения становится понятным, что метод М. И. Демьяновича, широко и успешно применявшийся в Советском Союзе в мирное время, но требующий особо благоприятных условий (теплое помещение и т. п.), в военное время в условиях действующей армии оказался недостаточно эффективным даже при многократном, повторном его использовании.

В борьбе с распространением чесотки в войсках Советской Армии огромную роль сыграли профилактические мероприятия. Решающее значение имели тщательные осмотры вновь прибывающих пополнений с немедленной изоляцией и лечением всех чесоточных и подозрительных на чесотку больных, индивидуальный осмотр прибывающих из отпусков и командировок, а также санитарно-эпидемиологическая разведка среди гражданского населения в районах расквартирования войск, с организацией мероприятий для ликвидации чесотки в обнаруженных очагах.

Заканчивая обзор инфекционных и паразитарных заболеваний кожи, можно с уверенностью сделать вывод, что они отнюдь не являются неотъемлемым и неустрашимым следствием условий военной жизни и могут быть устранены в Советской Армии правильной постановкой санитарно-гигиенического обслуживания войск и проведением ряда специальных профилактических мероприятий.

Среди других заболеваний кожи, наблюдавшихся в войсках в военные годы и составляющих общую группу «Прочие болезни кожи», удельный вес которой в общей массе кожных больных равнялся за все 4 года войны 22,8%, наибольшее распространение имели дерматиты, экзема и чешуйчатый лишай.

Среди дерматитов, составлявших всего 2,7% всех кожных заболеваний, наибольшего внимания заслуживает группа химических дерматитов, а среди них дерматиты от горячих жидкостей и смазочных масел.

Судя по тому, что дерматиты от горячих жидкостей и смазочных масел составляли лишь треть всех дерматитов, т. е. 0,65% всех заболеваний кожи, следует полагать, что количество их в специальных и технических войсках было крайне незначительным. Этот весьма положительный факт может быть объяснен хорошим качеством применявшихся химических веществ, а также широко проводившимися в войсках профилактическими мероприятиями, тщательно разработанными еще в довоенные годы.

Остальные две трети дерматитов составляли поражения кожи вследствие случайных причин, не связанных непосредственно с военной профессией.

Особого внимания заслуживает крайне незначительный удельный вес потертостей, составляющих всего лишь 0,8% всех заболеваний кожи.

Такое незначительное количество потертостей в войсках Советской Армии в годы Великой Отечественной войны по сравнению с прошлыми войнами, когда из-за потертостей нередко выбывало из строя значительное количество бойцов, явилось прежде всего результатом тщательного изучения причин возникновения потертостей военно-медицинской службой в мирное время и выработанной на основании этого правильной конструкции военной обуви.

Практически важным явилось изучение характера и частоты экзематозных поражений, составлявших, как было указано выше, 10% всех заболеваний кожи. Если даже учесть, что при разработке историй болезни из группы экзем были изъяты микробные экземы и экземоподобные заболевания кожи, то все же сопоставление данных распространения экземы в военное и в мирное время указывает на снижение количества экзематозных больных в военные годы. Клинические наблюдения показывают, что многие больные, страдавшие экземой на протяжении многих лет, в военные годы совершенно избавились от своего заболевания, но с окончанием войны снова заболели экземой.

Как известно, большинство советских дерматологов рассматривает экзему как своеобразную реакцию кожи, обусловленную сенсibilизацией по отношению к разнообразным раздражителям, — реакцию, в генезе которой лежат предварительные функциональные нарушения кожи, вызываемые изменениями регулирующего влияния со стороны нервной системы. Наблюдения военного времени с несомненностью подтвердили ведущую роль в развитии экзематозных поражений функциональных изменений центральной нервной системы и показали, что факторы войны, влияя на кору головного мозга, могут или способствовать развитию экзематозного поражения, или, наоборот, повышая тонус коры, приводить к затуханию (в большинстве случаев временному) патологического процесса.

Третьим заболеванием из группы «Прочие болезни кожи», анализ которого представляет интерес с точки зрения влияния на его возникновение и клиническое течение факторов войны, является чешуйчатый лишай. Как было указано выше, это заболевание составляло 3,7% всех заболеваний кожи, что примерно совпадает с данными мирного времени. Однако разработка историй болезни свидетельствует, что факторы войны оказывали влияние на возникновение, течение и отчасти на клиническую картину чешуйчатого лишая у лиц, принимавших непосредственное участие в боевых действиях.

Так, среди причин, влиявших на первичное возникновение псориаза во время войны, обращают особое внимание ранения и контузии, а также нервно-психическая травма и в меньшей степени переохлаждение (простудные факторы).

Особого внимания заслуживает непрерывное, длительное течение псориаза, без склонности к ремиссиям, а также крайнее упорство по отношению к терапевтическим средствам. В характеристике клинических симптомов болезни следует отметить большую частоту локализации псориатических элементов на ладонях, подошвах и ушных раковинах, более частое поражение слизистых оболочек полости рта, а также учащение зуда и в большей или меньшей степени выраженное поражение суставов. Нередко наблюдались одновременные поражения псориазом и гнойничковыми заболеваниями кожи.

Остальные формы кожных поражений, относящиеся к группе «Прочие болезни кожи», ни по численности, ни по характеру клинического течения ничем не отличались от обычной патологии кожи в мирное время и в основном носили случайный характер, не будучи связаны с факторами войны.

Таким образом, война, изменив в значительной степени быт военнослужащих, создавала многочисленные и разнообразные условия, изменявшие клинические проявления и влиявшие на течение ряда кожных заболеваний.

В заключение следует остановиться на продолжительности лечения и клипических исходах, являющихся основными показателями качества постановки лечебной помощи.

Как показала разработка соответствующих данных, средняя продолжительность лечения, составлявшая за все 4 года войны 27,3 дня, снижалась из года в год, достигнув на протяжении четвертого года войны 26 дней, что крайне незначительно превышает среднюю длительность лечения в мирное время.

Если к тому же учесть, что многие формы кожных болезней (фурункулы, стрептодермия, чешуйчатый лишай и др.) отличались в военные годы более упорным течением и что больные поступали на стационарное лечение часто в более поздние сроки, чем в мирное время, то показатели длительности лечения кожных больных следует признать крайне благоприятными.

К аналогичному выводу приводит и анализ клинических исходов, давших за все 4 года войны 74,2% выздоровлений, и 22,3% улучшений. Лишь в 3,5% отмечено было ухудшение или состояние больных оставалось без перемен. Одновременно можно отметить и рост благоприятных показателей из года в год.

Приведенные данные с несомненностью свидетельствуют о высоком уровне постановки лечения кожных больных в лечебных учреждениях Советской Армии в годы Великой Отечественной войны.

Достигнутые успехи в лечении кожных болезней и проведении мероприятий по их предупреждению явились результатом в первую очередь правильной организации специализированной помощи. Этим успехам в значительной степени способствовали также богатые достижения советской дерматологической науки, в частности, в области изучения клиники, терапии и профилактики паразитарных заболеваний, микробных инфекций и профдерматитов, а также высокое качество подготовки большого количества врачей-дерматологов, работавших в военных госпиталях.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

ГЛАВА I

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ В ДЕЙСТВУЮЩЕЙ АРМИИ

История прошлых войн показывает, что за время войны, особенно если таковая принимает длительный, затяжной характер, наблюдается, почти как правило, рост заболеваемости венерическими болезнями как в армиях, так и среди гражданского населения. Достаточно вспомнить, что распространение сифилиса в XV веке в Европе и, в частности, в России, было связано с войнами.

Основной причиной увеличения числа венерических больных в армии во время войны обычно считают длительный отрыв от семьи и отсутствие нормальной половой жизни у мужчин молодого возраста, а вследствие этого утаивание случайных половых связей.

Однако интенсивность роста венерических заболеваний во время войны может быть весьма различна не только в отдельные войны, но даже в одну и ту же войну в различных армиях, в различные периоды, на различных этапах и на различных театрах военных действий, что в свою очередь зависит от ряда особых условий, а именно:

1) от политико-морального состояния армии и качества проводимой среди бойцов воспитательной работы;

2) от состояния организации лечебно-профилактических мероприятий по борьбе с венерическими заболеваниями как в армии, так и среди гражданского населения и

3) от степени пораженности венерическими болезнями гражданского населения тех районов, на территории которых происходят военные действия.

Последнее положение может быть иллюстрировано рядом примеров как из истории прошлых войн, так и из опыта Великой Отечественной войны.

Так, Я. Говоров (1818) на основании материалов, относящихся к Отечественной войне 1812 г., указывает, что «с занятием Парижа в русских войсках кончились болезни, происходящие от перемены воздуха, трудов и недостатка пищи», но зато «стали распространяться венерические болезни», что было обусловлено значительным распространением венерических заболеваний среди гражданского населения Франции.

Согласно данным отчета Главного военно-медицинского управления за 1877 г., во время русско-турецкой войны, с переходом наших войск на территорию Румынии, среди них резко увеличилась заболеваемость вене-

рическими болезнями, главным образом вследствие сильно развитой в то время в Румынии проституции.

Таких исторических примеров можно было бы привести много.

Согласно данным медицинских отчетов, в первые два года Великой Отечественной войны, когда военные действия протекали на территории Советского Союза, не оккупированной вражескими войсками, заболеваемость венерическими болезнями в войсках Советской Армии была крайне незначительна и не превышала довоенный уровень.

Отсутствие роста венерической заболеваемости в войсках в этот период войны было прежде всего обусловлено резким снижением венерической заболеваемости среди гражданского населения Советского Союза в предвоенные годы в результате широких социальных преобразований в стране и плановых противовенерических мероприятий, проведенных органами советского здравоохранения. Однако с переходом в наступление, когда советские войска вступили на территорию Советского Союза, освобожденную от оккупации, где вражеские войска, создав режим жестокой эксплуатации и насилия, распространили венерические заболевания среди гражданского населения, и особенно с переходом наших войск на территорию противника, где венерические болезни среди населения и до войны имели весьма широкое распространение, количество венерических заболеваний в войсках несколько повысилось.

В то же время в войсках фронтов и армий, расположенных на той территории Советского Союза, которая не была оккупирована, заболеваемости венерическими болезнями почти не отмечалось.

Следует отметить, что среди военнослужащих, воевавших на вражеской территории, наблюдались заболевания мягким шанкром и даже четвертой венерической болезнью, которые еще за несколько лет до войны были совершенно ликвидированы в Советском Союзе.

Согласно американским данным, общая заболеваемость венерическими болезнями на всех театрах войны составляла на 1 000: в 1942 г. — 32, в 1943 г. — 24 и в 1944 г. — 42; самая большая цифра заболеваемости венерическими болезнями отмечалась на средиземноморских театрах войны, средняя — на европейских. На европейском театре войны наибольшая заболеваемость наблюдалась на территории Франции, за которой следовала Германия, что вполне соответствует распространенности венерических заболеваний среди гражданского населения в этих странах. Заболеваемость венерическими болезнями в германской армии была на Западном фронте (Франция) значительно выше, чем на Восточном.

Весьма существенное значение имеет и степень распространения венерических заболеваний среди гражданского населения воюющей страны в довоенный период, обуславливающая большее или меньшее поступление в армию венерических больных при мобилизации. Так, например, при мобилизации в армию США в годы первой мировой войны венерические болезни были обнаружены у 5,67% всех призываемых. 27 140 человек болели сифилисом, 102 334 — гонореей и 3 714 — мягким шанкром.

Для Советской Армии за время Великой Отечественной войны этот фактор, ввиду резкого снижения венерических заболеваний среди гражданского населения Советского Союза в предвоенные годы, не имел значения, но в армиях других стран он играл весьма значительную роль.

Произведенное в США во время призыва в армию и флот в 1941 г. серологическое обследование 2 млн. новобранцев показало, что на 1 000 человек у 45,7 имелся сифилис. Особенно был распространен сифилис среди

новобранцев из южных штатов. Так, в штате Миссисипи на 1 000 новобранцев было обнаружено больных сифилисом 171,5.

Значительное распространение венерических заболеваний, требующих в основном длительного лечения, может вывести из строя большое количество солдат и офицеров. Поэтому становится понятной необходимость проведения во время войны широких лечебно-профилактических мероприятий по борьбе с венерическими болезнями.

В истории медицинского обеспечения войск во время войны можно найти указания на ряд мероприятий, проводившихся с целью снижения венерической заболеваемости в войсках, и на еще большее количество нереализованных планов и предложений. Однако в условиях капиталистических стран эти мероприятия не приводили к положительным результатам.

Если организация лечения венерических больных в отдельных армиях, в частности, в первую мировую войну, была поставлена по тому времени удовлетворительно, то профилактические мероприятия сводились в основном к пропаганде и распространению мер личной профилактики, а также к «санации» проституции, что заключалось в усилении медицинского надзора, выселении проституток из районов расположения войск, а также в создании особых армейских публичных домов. Такие дома были организованы, например, в итальянской армии во время триполитанской войны, в японской армии во время русско-японской войны 1904—1905 гг. и в германской армии во время второй мировой войны.

Практиковавшееся в некоторых армиях применение репрессивных мероприятий по отношению к венерическим больным в форме штрафов (США), лишения жалования за время госпитализации и т. п. в последние годы второй мировой войны были отменены (американская, английская, германская армии), так как приводили, как правило, к сокрытию заболеваний и увеличению количества запущенных, осложненных форм.

Во время Великой Отечественной войны в армиях большинства воюющих стран борьбе с венерическими заболеваниями уделялось значительно больше внимания, чем в прошлые войны. Так, в США, по данным Сайлера (Siler, 1943), помимо обязательного лечения венерических больных, госпитализации больных активными формами венерических болезней и широкого применения новейших методов лечения, в целях профилактики большое внимание уделяли точности учета, санитарному просвещению, выявлению источников заражения, а также распространению мер личной профилактики. Однако, ввиду неустраимых в капиталистических условиях социальных причин распространения венерических болезней, все эти меры не дали значительных результатов.

В дореволюционной России борьба с венерическими заболеваниями в армии как в мирное, так и в военное время почти не велась, что отражало общее положение в стране, благодаря неустраимым в условиях капитализма социальным причинам (проституция, алкоголизм, низкий уровень грамотности и т. п.).

Во время первой мировой войны плановой борьбы с венерическими заболеваниями не проводилось. Организация лечения венерических больных также стояла на низком уровне, о чем может свидетельствовать хотя бы приказ начальника санитарной эвакуации о лечении больных даже с активными проявлениями венерических заболеваний, и, в частности, сифилиса, амбулаторно — при части.

Пропаганда необходимости проведения в армии решительных мер борьбы с венерическими заболеваниями в первую мировую войну, про-

водившаяся рядом передовых врачей, среди которых прежде всего следует упомянуть проф. В. В. Иванова, не встречала сочувствия.

Таким образом, если не считать некоторых попыток организации борьбы с венерическими болезнями в войсках в последние годы первой мировой войны и в годы гражданской войны, то такая плановая организация борьбы с венерическими болезнями в армии была осуществлена во время Великой Отечественной войны впервые.

Несмотря на то, что организация профилактики и лечения венерических заболеваний в военное время являлась логическим продолжением огромной планомерной работы по борьбе с венерическими болезнями, проводившейся советским здравоохранением, в частности, военно-медицинской службой, в мирное время проведение этой работы в действующей армии встречало временами большие трудности.

Основными причинами этих трудностей явилось прежде всего крайнее разнообразие причин, способствовавших распространению венерических заболеваний в войсках на отдельных фронтах и в различные периоды войны, а также в немалой степени и характер военных действий. Временами приходилось быстро изменять план лечебно-профилактических мероприятий в зависимости от создавшейся обстановки.

В этом отношении решающее значение имело создание на всех фронтах штатных должностей фронтовых и армейских венерологов, являвшихся основными организаторами и руководителями лечебной и профилактической работы в районе фронта и армий.

Фронтовой венеролог, подчиненный начальнику медицинского управления фронта, руководил работой армейских венерологов, фронтовых и армейских кожно-венерологических госпиталей и консультировал в них, разрабатывал план лечебно-профилактических мероприятий, контролировал точность учета больных в районе фронта и армий, разрабатывал руководящие методические указания по санитарно-просветительной работе, контролировал распределение медикаментов и поддерживал связь с гражданскими органами здравоохранения, координируя с ними профилактическую работу.

Армейский венеролог, подчиненный начмедарму, являлся ответственным руководителем и организатором лечебно-профилактических мероприятий по борьбе с венерическими болезнями в армейском районе. В его обязанности входила организация и контроль лечения венерических больных на ДМП и в армейских госпиталях, изучение материалов первичного учета венерических больных и разработка данных о венерических заболеваниях, контроль за работой по выявлению источников заражения и постановкой личной профилактики, наблюдение за правильной госпитализацией и эвакуацией венерических больных, а также за систематическим проведением медицинских осмотров.

Дальнейшее развертывание работы выявило необходимость учреждения должности дивизионного венеролога.

Необходимость в дивизионных венерологах, комплектовавшихся за счет врачей ДМП, обуславливалась тем, что основной комплекс профилактических мероприятий, а также частично и лечение венерических больных, о чем будет сказано ниже, проводились в частях общевойсковыми врачами, нуждавшимися в постоянном контроле, инструктировании и консультации специалиста-венеролога.

Организация лечебного обслуживания венерических больных строилась в основном на двух принципах: 1) максимального приближения лечебной помощи к больным и 2) стопроцентной госпитализации больных с

заразными формами сифилиса, мягким шанкром, затянувшимися и осложненными формами острой и хронической гонорреи.

Особое внимание было обращено на армейский район, где в начале войны лечение кожных и венерических больных проводилось в кожно-венерологических отделениях армейских госпиталей для легко раненых (АГЛР), а в дальнейшем в армейских специализированных госпиталях.

Следует, однако, указать, что на некоторых фронтах, где заболеваемость за все время войны оставалась крайне незначительной, организации специализированных госпиталей не понадобилось и лечение венерических больных проводилось только в отделениях АГЛР.

Армейские специализированные госпитали, являясь основной базой армейского венеролога, принимали венерических больных из армейского и войскового района, сокращая до минимума эвакуацию их во фронтовой район, куда фактически эвакуировались только больные, нуждавшиеся в более сложных методах обследования и лечения. В некоторых армейских госпиталях, кроме лечебных сифилитического, гонорройного и кожного отделений, выделяли так называемое профилактическое отделение — профилактическую группу. С помощью последней армейский венеролог проводил некоторые профилактические мероприятия, в частности, санитарно-венерологическую разведку для выяснения пораженности местного населения (см. ниже); она служила также основой для развертывания временных дополнительных кожно-венерологических отделений при одном из АГЛР, что при растянутости линии фронта было необходимо в целях приближения лечебной помощи к больным и облегчения их эвакуации.

Небольшое количество венерических больных, преимущественно с острой гонорреей, концентрировалось и на ДМП, где могло быть развернуто некоторое количество коек для кожных и венерических больных.

Во фронтовом районе (ФЭП) также развертывались специализированные кожно-венерологические госпитали и кожно-венерологические отделения госпиталей. Количество таких госпиталей и отделений на различных фронтах было не одинаково и варьировало в зависимости от большего или меньшего количества больных.

В специализированных фронтовых госпиталях концентрировались в основном больные из частей фронтового подчинения и в меньшей степени больные, эвакуированные из армий.

Весьма важное значение имело развертывание специализированных госпиталей или отделений в глубоком тылу фронта (МЭП). В периоды наступательных операций эти госпитали, принимая на себя больных из госпиталей ФЭП, предотвращали возможность продвижения венерических больных в тыл страны.

Опыт войны показал, что именно с тех фронтов, где этому не придавали достаточного значения, известное количество венерических больных с активными формами заболевания проникало даже в госпитали внутренних округов.

Как видно из изложенного выше, специализированные лечебные учреждения армий и фронтов обеспечивали стопроцентное обслуживание венерических больных, нуждавшихся в госпитальном лечении.

Значительно сложнее была организация амбулаторного лечения венерических больных, в частности, обеспечение повторного лечения больных скрытыми формами сифилиса.

Известно, что даже в мирное время обычно применяемый перемежающийся метод лечения сифилиса представляет большие неудобства и часто является причиной несвоевременного прекращения или неак-

кураторности лечения, снижающей его эффективность. Так, например, по данным министерства здравоохранения США, только 16,0% больных доводят лечение до конца, а 84,0% прекращают лечение преждевременно или проводят его неаккуратно, с большими перерывами между курсами.

Совершенно естественно, что во время войны в условиях действующей армии проведение столь длительного лечения представляет организационно еще большие трудности. Наиболее рациональной казалась организация повторных курсов лечения при части, однако на практике это оказалось выполнимым лишь в очень ограниченной степени, особенно в период боевых действий. Поэтому значительное количество больных со скрытыми формами сифилиса направлялось для повторного лечения в госпитали армейского и фронтового района.

В целях облегчения работы госпиталей и сокращения срока лечения больных с 1943 г. было разрешено применять так называемый уплотненный метод лечения сифилиса, заключающийся в увеличении суточной дозы мышьяковых и висмутовых препаратов в полтора раза, что сокращало длительность курса лечения до 35—40 дней вместо обычных 65—67 дней. Метод этот был введен в Советской Армии на основании предварительного тщательного изучения его С. П. Архангельским. Оценивая в настоящее время это мероприятие на основании большого материала (см. главу «Лечение сифилиса»), можно с уверенностью сказать, что уплотненный метод, помимо практического удобства, оказался весьма эффективным и хорошо переносимым. Практиковавшаяся на многих фронтах организация при госпиталях (армейских и фронтовых) команд выздоравливающих для лечения больных латентными формами сифилиса являлась принципиально правильным и вполне обоснованным мероприятием. Однако более рациональным оказалось направление больных скрытым сифилисом в запасные части с организацией при них венерологических пунктов. Учитывая значительную текучесть состава таких частей и необходимость особо тщательного медицинского осмотра и наблюдения за поступающими в эти части контингентами военнослужащих, создание в запасных частях таких пунктов является вообще весьма важным мероприятием.

Следует указать, что некоторая, хотя и незначительная, часть больных сифилисом проходила повторные курсы лечения амбулаторно при ДМП и ближайших госпиталях.

Анализ соответствующего материала дает право полагать, что, несмотря на трудности, большинство больных сифилисом имело возможность провести во время войны достаточно энергичное лечение.

Необходимо указать, что в США во время войны широко внедрили в практику ряд новых ускоренных методов лечения сифилиса, начиная от 26-недельного непрерывного метода Стокса и кончая 7- и 5-дневным методом массивной капельной арсенотерапии. Опубликованные во время войны данные по этому поводу носили чисто ориентировочный, скорее экспериментальный характер и за кратковременностью наблюдений не давали права делать какие-либо окончательные выводы.

Тщательное изучение этих методов в клиниках и отдельных окружных госпиталях отчетливо показало, что полученные при них результаты отнюдь не так благоприятны, как сообщали американские авторы. Учитывая это, внедрение их в практику военных госпиталей разрешено не было.

Однако в принципе внедрение ускоренных методов лечения сифилиса является в условиях войны крайне необходимым, и изучение их следует продолжать с большой настойчивостью.

Не меньшие затруднения встретились и на пути организации лечения гонорреи. Тот переворот, который внесли в терапию гонорреи непосредственно перед войной сульфаниламидные препараты, давал право предполагать, что организация лечения гонорреи во время войны не представит трудностей, так как основная масса гонорройных больных сможет получить амбулаторную помощь на различных этапах, начиная от ПМП.

Однако уже с 1943 г. и особенно в 1944 г. выявились и стали возрастать сульфаниламидорезистентные формы, процент которых возрастал из месяца в месяц и достиг к концу войны 40—45.

В связи со снижением эффективности сульфаниламидотерапии большая часть больных гонорреей в конечном итоге все же поступала в госпитали для проведения стационарного лечения, в подавляющем большинстве с осложненными или хроническими формами, требовавшими продолжительного лечения. Это привело к убеждению, что широкое проведение амбулаторного лечения гонорреи в частях нерационально, тем более что даже в случаях клинического излечения последовательный бактериоскопический контроль в этих условиях был крайне затруднителен.

Ввиду этого в частях лечение гонорреи стали проводить лишь при давности заболевания до 5 дней; в случае неудачи первого сульфаниламидного курса рекомендовалось немедленно направлять больных в госпиталь для стационарного лечения.

Совершенно очевидно, что в связи с необходимостью срочно изучить причины резистентности к сульфаниламидным препаратам и методы ее устранения, в госпиталях стали применять необычайно разнообразные способы лечения. Все это сказалось на сроках госпитализации больных гонорреей, которые по отдельным госпиталям были крайне различны и во многих лечебных учреждениях достаточно длительны.

Лечение заболевших мягким шанкром не представляло никаких организационных затруднений, так как заболеваемость мягким шанкром была крайне незначительна и наблюдалась лишь на отдельных участках. К тому же введение в терапию мягкого шанкра белого стрептоцида давало возможность излечивать больных в короткие сроки и резко снижало количество осложнений.

Весьма показателен тот факт, что, несмотря на имевшие место случаи заболевания мягким шанкром в войсках действующей армии, это заболевание не было занесено в Советский Союз, где, как уже указывалось выше, за несколько лет до войны мягкий шанкр был полностью ликвидирован. Основной причиной этого явилось отсутствие в Советском Союзе проституции, обуславливающей, как правило, распространение мягкого шанкра, а также эффективность проводившихся в войсках лечебно-профилактических мероприятий, не допускавших возможности продвижения венерических больных с фронта вглубь страны.

Заканчивая разбор организации лечения венерических больных во время войны, следует остановиться на организации серологических лабораторий.

Нет необходимости доказывать необычайную важность серологических реакций не только для диагностики, но и для контроля за эффективностью лечения сифилиса, откуда и вытекало стремление госпиталей развешивать серологические лаборатории.

Лаборатории, ставившие весь комплекс серологических реакций, в частности, реакцию Вассермана, были организованы в наиболее крупных специализированных госпиталях ГВФ и отчасти в небольшом коли-

честве кожно-венерологических госпиталей ГБА. Большинство же армейских госпиталей ограничивалось организацией лабораторий, где ставились лишь осадочные реакции.

Наконец, ряд госпиталей пользовался серологическими отделениями санитарно-эпидемиологических лабораторий или лабораториями станций переливания крови, в связи с чем на ряде фронтов широкое распространение получил метод пересылки «сухой капли».

Интересен опыт одного ГБФ, где была создана мощная межгоспитальная серологическая лаборатория. Большая работа, проведенная этой лабораторией, в частности, по подготовке кадров лаборантов-серологов, обеспечила в дальнейшем организацию серологических лабораторий и в армейских госпиталях. Учитывая, что серодиагностика сифилиса имеет значение не только для венерологов, но и для врачей других специальностей, необходимо тщательно изучить вопрос серологического обслуживания госпиталей с точки зрения как возможности использовать более простые реакции, так и более рационального централизованного снабжения серологических лабораторий, в частности, путем применения сухих и консервированных ингредиентов с более длительными сроками хранения (сухой комплемент, консервированные эритроциты барана и т. п.).

Вторым и по существу наиболее важным разделом венерологического обслуживания во время войны является широкое проведение профилактических мероприятий. Основой всякой профилактической работы, в частности, по борьбе с венерическими заболеваниями, является прежде всего полный и углубленный учет, дающий возможность не только точно выявить фактическую заболеваемость и изучить ее динамику, но и проверить эффективность проводимых мероприятий и подсказать дальнейшие практические задачи. Для этого учет должен быть не только полным и разносторонним, но гибким и оперативным.

Вот почему по отношению к венерическим заболеваниям не ограничивались общими формами учета, а ввели дополнительный учет путем заполнения на каждого вновь выявленного венерического больного карты «извещения о венерическом заболевании» по типу сигнально-оперативного учета, принятого в Советском Союзе в органах гражданского здравоохранения.

Карты эти, согласно данному указанию, должны были заполнять врачи частей, впервые установившие венерическое заболевание, но фактически карты заполнялись преимущественно в госпиталях и реже на ДМП.

Организация учета и отчетности по изложенному плану представляет во время войны большие трудности. Однако организация такого углубленного и оперативного учета, как показал опыт Великой Отечественной войны, возможна и является наиболее правильной.

На ряде фронтов карточный учет был прекрасно организован и давал фронтовым венерологам и начальникам медицинских управлений фронтов возможность быстро проводить анализ полученных данных и делать из них соответствующие организационные выводы.

Система ежегодной перерегистрации венерических больных, проводящейся в гражданских лечебных учреждениях СССР, в армии не применялась. Такая система в действующих войсках во время войны, ввиду текущей и изменчивости состава войсковых частей и постоянных передислокаций, не может дать сколько-нибудь точных данных.

В целях учета венерических больных и наблюдения за аккуратностью их лечения в некоторых частях были введены журналы учета. Однако, как показал опыт войны, это мероприятие, принципиально, несомненно,

правильное, во время войны, вследствие необычайной изменчивости состава частей, не является реальным.

Карточная форма учета, как показал опыт войны, является наиболее точной и совершенной и, несмотря на все трудности войны, вполне выполнимой.

Ценность карточного учета заключается в том, что он дает возможность быстро статистически обработать и анализировать не только численность венерических больных по отдельным формам заболеваний, но и ряд других весьма важных данных, позволяющих судить не только о динамике венерических заболеваний, но и о ряде причин и условий их распространения.

Нет необходимости доказывать, какое значение среди профилактических мероприятий имеет выявление венерических больных путем медицинских осмотров. Следует подчеркнуть, что во время войны это мероприятие имеет еще большее значение, чем в мирное время. Объясняется это тем, что во время войны больные, меньше следя за собой, легче просмагивают отдельные симптомы венерических заболеваний и, в частности, проявления вторичного и особенно рецидивного сифилиса.

Вот почему во время войны на ежемесячные медицинские осмотры обращалось и должно обращаться особое внимание.

Помимо ежемесячных общих медицинских осмотров, которые во время войны охватывали весь личный и вольнонаемный состав, особое значение имели индивидуальные осмотры военнослужащих, которые по роду службы имели возможность чаще отлучаться из части.

Не меньшее значение имели в военное время и тщательные осмотры прибывающих пополнений.

Крайне важным мероприятием явилось распоряжение подвергать медицинскому осмотру военнослужащих, направляемых из части в командировку или отпуск, и выдавать им документы лишь по предъявлении справки врача об отсутствии у них какого-либо венерического заболевания.

Выявление источников заражения, являющееся одним из наиболее ценных профилактических мероприятий в борьбе с венерическими болезнями в мирное время, во время войны было связано с огромными трудностями, что обуславливалось главным образом значительным передвижением населения в результате эвакуации.

Большие трудности при выявлении источников заражения (повиная под этим не только установление таковых, но и привлечение их к лечению) встретились на территории СССР, освобожденной от оккупации, вследствие полной или почти полной ликвидации венерологических учреждений и крайне незначительного количества врачей-венерологов.

Еще менее реальным, по вполне понятным причинам, оказывался метод выявления источников заражения на территории капиталистических стран.

Все изложенное показывает, что выявление источников заражения как метод борьбы с венерическими болезнями во время войны в пределах расположения действующей армии по чисто объективным причинам осуществляется значительно труднее, чем в мирное время. Лишь в условиях позиционной войны выявление источников заражения может быть проводимо почти в той же степени, как в мирное время.

В период активных боевых действий, в частности, наступательных операций, приходится изыскивать другие дополнительные формы профилактической работы, направленные на выявление и ликвидацию венерических заболеваний среди гражданского населения, в частности, среди

женщин, контактирующих с военнослужащими и могущих явиться источником заражения.

В период Великой Отечественной войны такая работа проводилась: 1) в форме санитарно-венерологической разведки и 2) путем организации особых венерологических отрядов, которые формировало Министерство здравоохранения СССР и направляло для работы в район действующей армии.

Санитарно-венерологическая разведка осуществлялась в большинстве случаев армейскими и дивизионными венерологами и армейскими гинекологами или небольшим отрядом, сформировавшимся по их заданию из медицинского персонала госпиталей (в частности, так называемыми профилактическими группами), и имела целью установить пораженность гражданского населения данного района венерическими заболеваниями. Нередко такая разведка проводилась совместно с СЭО. Необходимые сведения собирали путем опроса лечащих врачей, местной администрации, а также путем изучения соответствующих документов. В ряде случаев проводились осмотры отдельных групп населения.

Метод разведки, практиковавшийся на многих фронтах, оказался весьма эффективным, но во многих случаях крайне трудным в отношении организации лечения выявленных больных. Имеются примеры, когда лечение таких больных брали на себя военные госпитали, организуя специальные венерологические отделения. Однако совершенно естественно, что в широких масштабах проводить такую работу госпиталям было невозможно. Значительно чаще армейские и фронтовые венерологи организовывали стационары и амбулаторные приемы с помощью местных врачей и вели лишь наблюдение за работой, а также снабжали их необходимыми медикаментами.

Значительную помощь в выявлении и ликвидации венерических заболеваний среди гражданского населения на территории Советского Союза, бывшей в оккупации, оказали венерологические отряды Министерства здравоохранения СССР.

Такие отряды формировал отдел борьбы с венерическими заболеваниями Министерства здравоохранения; они направлялись главным образом в те районы, где путем венерологической разведки были выявлены значительные очаги венерических заболеваний. Отряды поступали в распоряжение фронтового венеролога, который указывал им место работы и оказывал помощь в ее выполнении. Эти отряды проводили поголовный осмотр населения, организовывали стационарное и амбулаторное лечение больных и т. п.

Деятельность этих отрядов показала, какое огромное значение в борьбе с венерическими заболеваниями в армии во время войны (так же как и в мирное время) имеет тесная, сплоченная работа военно-медицинской службы и органов гражданского здравоохранения.

Одним из весьма важных профилактических мероприятий, приобретающих особенное (но отнюдь не решающее) значение во время войны, является так называемая личная профилактика. Возможность значительного снижения количества венерических больных путем применения мер личной профилактики доказана на опыте главным образом целого ряда флотов. Проведение мер личной профилактики может быть осуществлено или путем широкого распространения среди военнослужащих так называемых индивидуальных противовенерических пакетов, а также презервативов, или путем организации профилактических противовенерических пунктов.

Последнюю форму следует считать как в мирное время, так и особенно во время войны наиболее рациональной, хотя и более трудной в организационном отношении из тех соображений, что эффективность индивидуальной профилактики зависит не только от времени ее проведения, но в значительной мере и от тщательности ее выполнения.

Применение индивидуальных пакетов без соблюдения необходимой чистоты может привести к развитию нежелательных и подчас весьма тяжелых осложнений. Поэтому в Советской Армии в годы Великой Отечественной войны основное внимание обращалось на организацию профилактических пунктов, и опыт войны показал, что профилактические пункты при соответствующей их организации могут сыграть во время войны значительную роль в снижении венерической заболеваемости. Более правильным при этом следует считать организацию пунктов не только в частях, но и в крупных населенных пунктах, являющихся местом расположения войск или расположенных на пути их следования.

Презервативы во время войны также могут принести значительную пользу.

Последним проводившимся в войсках профилактическим мероприятием является санитарно-просветительная и воспитательная работа. О значении санитарного просвещения говорить не приходится, так как польза его в борьбе с венерическими заболеваниями доказана и общеизвестна. Во время войны санитарно-просветительная работа и в особенности ее формы приобретают особенно важное значение, так как причины распространения венерических заболеваний во время войны могут в значительной степени измениться.

Вот почему, помимо обычной тематики, затрагивающей в основном вопросы о сущности венерических заболеваний и их последствиях, а также вопросы профилактики как личной, так и общественной, особое значение приобретает разъяснение способов и причин распространения венерических заболеваний, в частности, в капиталистических странах.

Опыт войны показал, например, что многие солдаты и офицеры Советской Армии не имели никакого представления о проституции и ее роли в распространении венерических заболеваний.

В Советском Союзе, где проституция совершенно ликвидирована, вопрос этот представляет лишь исторический интерес и не разъясняется в достаточной степени в процессе санитарно-просветительной работы в мирное время. Следовательно, тематика санитарно-просветительной работы во время войны должна быть не только расширенной, но и целеструенной; ее необходимо варьировать в зависимости от создавшихся условий, обращая особое внимание на те вопросы, которые в данный момент являются наиболее актуальными.

Формы проведения санитарно-просветительной работы были довольно разнообразны. Основными и наиболее удобными формами работы являлись беседы, лекции, массовые издания популярных брошюр и листовок.

Многие медицинские управления фронтов проявили в этом отношении большую инициативу и выпустили ряд весьма удачных популярных брошюр и листовок по венерическим и кожным заболеваниям. Основным недостатком санитарно-просветительной работы было отсутствие наглядных пособий, столь необходимых для иллюстрации бесед и лекций. Выпуск плакатов, альбома-выставки, кинокартин, освещающих основные вопросы сущности венерических заболеваний и причин их распространения, во время войны особенно необходим.

Наряду с санитарным просвещением, огромное значение в борьбе с венерическими заболеваниями имеет воспитательная работа в самом широком смысле слова и, в частности, поддержание в войсках надлежащей воинской дисциплины.

Совершенно естественно, что эта работа должна быть выполняема и выполнялась не столько врачами, сколько командирами и политработниками. Это показывает, что борьба с венерическими болезнями в армии как в мирное время, так и во время войны не может проводиться работниками военно-медицинской службы без помощи командного и политического состава.

Никаких репрессивных мер по отношению к венерическим больным в Советской Армии не применялось.

Завершающим этапом лечебно-профилактической работы в области венерологии явилась санация демобилизуемых.

Анализ данных прошлых войн и, в частности, первой мировой войны отчетливо указывает на резкое увеличение венерических заболеваний среди гражданского населения в первые годы после окончания войны. Одной из основных причин этого является распространение венерических заболеваний демобилизованными. В целях предупреждения возможности распространения ими венерических заболеваний среди гражданского населения была заблаговременно разработана и последовательно проведена в жизнь система профилактических мероприятий по отношению к демобилизуемым.

Больных гонорреей и мягким шанкром разрешалось демобилизовать только после полного излечения, а больных сифилисом — лишь по проведении не менее двух курсов специфического лечения с последующей передачей их через военкоматы и райздравотделы на учет гражданских лечебных учреждений для продолжения лечения.

Указанные мероприятия явились вполне реальными и, несомненно, оказали огромное влияние на предотвращение подъема венерических заболеваний в Советском Союзе в отличие от других стран в послевоенные годы.

ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА

Несмотря на огромный прогресс в изучении патологии сифилиса и крупнейшие научные открытия, сделанные в текущем столетии в этой области, вопрос о лечении сифилиса представляет проблему, важность которой с течением времени не уменьшается. Введение в лечебную практику большого количества весьма эффективных медикаментов и предложение многочисленных методов их применения, расширив пути и возможности излечения сифилиса, сделали в то же время терапию этого заболевания достаточно сложной.

Своеобразное течение сифилиса, отличающееся длительностью, нередко с незначительными клиническими симптомами, могущими к тому же симулировать разнообразные проявления, свойственные другим болезням, с наличием в ходе болезни скрытых периодов, еще более затрудняет выполнение этой сложной задачи. Благодаря перечисленным особенностям, заболевание в одних случаях может быть не замечено самим больным, в других — неправильно диагностировано; наконец, заболевание легко может быть скрыто от медицинского контроля.

Между тем успешное лечение, кроме пользования современными терапевтическими методами, в большой степени зависит от раннего обращения больных за лечебной помощью, от своевременного диагностирования болезни и от возможности проведения систематического лечения и медицинского наблюдения за больными. Все сказанное приобретает особенное значение во время войны при организации и проведении лечения больных сифилисом в войсках действующей армии.

Во время многочисленных войн, которые вели капиталистические страны, заболеваемость сифилисом в армиях резко усиливалась и в области лечения сифилиса накапливался огромный клинический опыт; однако не было сделано серьезной попытки подвергнуть анализу сифилитические заболевания и их лечение во время войны.

Ниже на основании изучения историй болезни больных сифилисом, лечившихся в лечебных учреждениях, а также медицинских отчетов армейских и фронтовых венерологов дается анализ лечения сифилиса, проводившегося в Советской Армии во время Великой Отечественной войны.

Состав больных сифилисом и сроки их поступления на стационарное лечение

По данным материалов разработки историй болезни, больные сифилисом распределялись по диагнозам следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по диагнозам

Диагноз		Процент к общему числу госпитализированных больных сифилисом
Сифилис:	I серонегативный	14,4
	I серопозитивный	21,8
	I серонегативный скрытый	2,6
	I серопозитивный скрытый	4,2
	II свежий	10,5
	II рецидивный	9,4
	II скрытый	30,6
	III активный	2,8
	III скрытый	2,7
	Прочие формы	1,0
Всего		100,0

Как видно, группа госпитализированных больных сифилисом больше чем на половину состояла из больных с ранними формами сифилиса.

В дополнение к общим материалам рассмотрены истории болезни в двух специализированных фронтовых госпиталях, причем оказалось, что в них поступило больных I и II свежим сифилисом 45,3%, а с прочими формами — 54,7%, т. е. соотношение больных было почти такое же, какое выявлено при статистической разработке историй болезни.

В санитарных отчетах дореволюционной русской армии имеются данные об отношении свежих форм сифилиса к сифилису в целом за период с 1902 по 1912 г.

Удельный вес этих форм в динамике может быть представлен следующими цифрами: 1902 г. — 32,8%, 1903 г. — 33,6%, 1904 г. — 33,6%, 1905 г. — 35,4%, 1906 г. — 39,6%, 1907 г. — 34,4%, 1908 г. — 28,8%, 1909 г. — 29,6%, 1910 г. — 29,7%, 1911 г. — 31,2%, 1912 г. — 30,3%.

Из сопоставления этих цифр с данными за время Великой Отечественной войны видно, насколько изменилось соотношение ранних и поздних форм сифилиса среди госпитализированных больных в благоприятном смысле с лечебной и организационной точки зрения.

Для сравнения состава больных, поступающих на лечение в госпитали армейского и фронтового района, могут служить данные одного из фронтов за январь — август 1944 г. (табл. 2).

Табл. 2 показывает, что разница между составом больных, поступивших на лечение в госпитали армейского и фронтового района, была незначительна. Это свидетельствует о том, что лечебная помощь была приближена к больным и, следовательно, была устранена необходимость эвакуации больных сифилисом из армейского во фронтовой район.

Одним из важных показателей организации лечебного дела и качества лечения является количество больных с рецидивными проявлениями болезни. Как уже указывалось, больные с рецидивными формами составляли 9,4% общего числа госпитализированных больных сифилисом; по материалам двух специализированных госпиталей, число рецидивных больных было еще меньше — 5,4%.

Таблица 2

Распределение больных сифилисом, поступивших на излечение в госпитали армейского и фронтового района, по стадиям болезни (в процентах)

Клиническая форма болезни Район	Сифи- лис I	Сифи- лис II	Сифи- лис III	Сифилис скрытый	Всего
Армейский	30,7	26,8	1,7	40,8	100,0
Фронтовой	30,4	21,8	3,0	44,8	100,0

Приведенные цифры следует признать невысокими, что свидетельствует о том, что основная группа больных сифилисом, несмотря на трудность наблюдения за прохождением больными систематического лечения, подвергалась достаточному лечению, что предупреждало возникновение рецидивных проявлений.

Среди госпитализированных больных сифилисом 59,0% составляли больные с клиническими проявлениями болезни и 41,0% — больные со скрытыми формами сифилиса. Это указывает на то, что значительная часть больных сифилисом лечилась стационарно и в связи с этим подвергалась более интенсивному и регулярному специфическому лечению.

Наружные проявления сифилиса локализовались у 74,4% больных только на коже, а у 25,6% — на коже и слизистых. Возможность передачи инфекции внеполовым путем, естественно, была больше при сифилитических поражениях слизистых оболочек.

Как показывают приведенные цифры, 25,0% всех больных с наружными проявлениями сифилиса представляли в этом отношении угрозу для окружающих, степень которой зависела от срока, в течение которого тот или иной больной находился в части до изоляции или госпитализации.

Неизбежным следствием наличия больных с сифилитическим поражением слизистых рта или глотки при обычном в условиях войны теснейшем контакте людей между собой обычно является некоторое количество внеполовых заражений.

Однако внеполовое заражение составляло лишь 0,3% всех случаев первичного сифилиса. Это свидетельствует о том, что даже в тяжелых условиях войны соблюдался тот санитарно-гигиенический минимум, при котором внеполовые заражения могли иметь место лишь как редкое исключение.

В 66,6% случаев шанкры локализовались на крайней плоти, в заголовочной борозде и на уздечке члена. Среди шанкров подавляющую часть составляли язвенные формы — 86,3%; эрозивных шанкров было 13,7%. Факт этот следует связать с определенными особенностями военного времени, когда шанкр, как и всякое нарушение целостности наружных покровов, легко травмируется, подвергается загрязнению и внедрению вторичной инфекции и дольше, чем в обычных условиях, не подвергается лечению. Кроме того, нельзя не учитывать пониженной сопротивляемости тканей вследствие действия холода, утомления и т. п. Все приведенные факторы, несомненно, играли роль в особенностях клинической картины не только первичных сифилитических поражений, но вторичных и третичных.

О резком преобладании язвенных шанкров над эрозивными (3 : 1) говорят и данные специализированных госпиталей. Согласно этим же данным, у больных, поступивших с явлениями вторичного свежего сифилиса, розеола-папулезные и папулезные сыпи преобладали над розеолезными, что не наблюдается в обычных условиях; как единичные явления встречались случаи вторичной пустулезной сыпи.

Одним из главных условий успешного лечения сифилиса является раннее начало лечения, что зависит от того, насколько быстро после появления первых признаков больной обратится за медицинской помощью и как быстро будут произведены необходимые исследования и установлен правильный диагноз.

Табл. 3, составленная по материалам разработки историй болезни, показывает, в какие сроки начиналось лечение больных сифилисом в годы Великой Отечественной войны.

Таблица 3

Распределение больных сифилисом по срокам от появления клинических признаков болезни до начала лечения (в процентах)

Диагноз		Срок в днях	1—10	11—20	21—30	Более 30 дней	Всего
Сифилис	I		30,9	39,4	18,7	11,0	100,0
»	II свежий		6,8	15,1	24,0	54,1	100,0
»	II рецидивный		8,4	20,3	17,0	54,3	100,0
Всего			23,3	31,8	19,1	25,8	100,0

Из табл. 3 видно, что большинство больных с первичными проявлениями сифилиса поступало в госпитали в срок до 20 дней от появления клинических признаков, а больные со вторичными проявлениями — в более поздние сроки.

В отношении всех категорий больных следует отметить все же сравнительно позднее начало лечения.

Очевидно, военная обстановка создавала условия, когда у больного не было возможности обратить внимание на часто незначительные признаки болезни, тем более что сифилитические проявления, как известно, в большинстве случаев или не вызывают субъективных ощущений, или последние слабо выражены.

Значение раннего поступления больных сифилисом в госпитали особенно ярко видно при рассмотрении групп больных с первичным сифилисом.

В срок от 1 до 20 дней после появления шанкра — срок наиболее благоприятный — начали лечение, как видно из табл. 4, 70,3% больных с первичным сифилисом. Фактически, однако, как показывает табл. 1, число больных в серонегативной стадии составляло лишь 40,0% к общему числу больных с первичным сифилисом. Таким образом, у значительной части больных, лечение которых было начато в первые 20 дней от появления шанкра, имелась уже положительная реакция Вассермана. Очевидно, часть больных неправильно показывала время появления шанкра, на самом деле возникшего значительно раньше. При первичном сифилисе, в этот наиболее ответственный с точки зрения лечения период болезни, когда в орга-

низме происходит процесс развития инфекционного иммунитета, нередко не недели, а дни, протекающие до начала лечения, решают вопрос о длительности и успешности терапии.

Более длительные сроки до начала лечения, которые характеризуют значительную часть больных со вторичным свежим и рецидивным сифилисом, имеют меньшее значение с точки зрения длительности дальнейшего лечения больных. К указанным больными срокам появления у них признаков вторичного и рецидивного сифилиса приходится, однако, относиться критически, учитывая, что если в отношении твердого шанкра, как было показано выше, имели место большие неточности в анамнезе, то тем больше их могло быть в отношении менее заметных признаков вторичного и особенно рецидивного сифилиса.

В табл. 1 было дано распределение больных по диагнозам, независимо от количества полученных курсов лечения.

Данные табл. 4 показывают состав больных, получавших первый курс специфического лечения, т. е. впервые подвергавшихся лечению.

Таблица 4

Распределение по диагнозам больных,
получавших первый курс специфического
лечения (в процентах)

Сифилис	I	65,3
»	II свежий	19,0
»	II рецидивный	9,9
»	II и III скрытый	2,4
»	III активный	2,8
»	прочие формы	0,6
Всего.		100,0

Из табл. 4 видно, что первый курс лечения получали почти исключительно (97,0%) больные с активными формами сифилиса; среди них подавляющее большинство составляли больные со свежим сифилисом, общее число которых составляло 84,3%.

Латентные больные, взятые отдельно, распределялись, в зависимости от курсов лечения, следующим образом (табл. 5).

Таблица 5

Распределение больных с латентным
сифилисом по полученным курсам лечения
(в процентах)

1 курс	4,1
2 курса	61,0
3 курса	25,1
4 курса и более	9,8
Всего.	100,0

Приведенные данные показывают, что в армии осуществлялось в значительном количестве последовательное многокурсовое лечение. Меньшее число больных, получивших 3 курса и более, объясняется как естественным в условиях войны отсевом больных, так и более широким применением амбулаторного лечения больных на более поздних стадиях болезни.

Анализ историй болезни больных с рецидивным сифилисом показывает, что из них 1 курс провели 73,0%, 2 курса — 20,0%, 3 курса — 3,7%, 4 курса и более — 3,3%.

Приведенные краткие данные клинического характера выявляют ту конкретную обстановку в отношении состава больных, характера и давности их заболеваний и т. д., в которой проводились в годы войны лечебные противосифилитические мероприятия.

Методы лечения (препараты и дозировки)

Анализ материалов разработки историй болезни и изучение медицинских отчетов показывают, что во всех венерологических лечебных учреждениях армии лечение больных сифилисом проводилось комбинированным методом, при котором больному во время каждого курса вводился препарат мышьяка и препарат висмута или ртути.

Во время Великой Отечественной войны для терапии сифилиса впервые были применены новые мышьяковые препараты — арсеноксиды. Арсеноксид был известен как промежуточный продукт при синтезировании салварсана, но считался токсичным. Мафарсен — препарат типа арсеноксидов — по своей химической структуре является гидрохлорид-3-амино-4 оксифениларсеноксидом. Авторы, изучавшие этот препарат, подчеркивали его преимущества: он стабилен, однороден по составу, является кристаллоидным веществом в отличие от коллоидальных арсфенаминов, не портится под влиянием воздуха, что давало возможность вводить его раствор, находившийся в открытом сосуде до 3 часов; он быстро выделяется из организма (через 7 дней после введения 0,06 удаляется от 58 до 82%), дает мало побочных явлений.

За время войны как у гражданских, так и у военных сифилидологов накопился опыт применения арсеноксидов, который, однако, нашел свое отражение в специальной литературе лишь к концу войны (М. А. Вейн и М. А. Розентул, В. П. Меморский и М. Г. Зернова и др.).

Советские авторы, как правило, дают высокую оценку мафарсену. Некоторые, как, например, Л. С. Богатурова, В. О. Лушицкий, считают его одним из лучших средств при лечении активного сифилиса. М. А. Вейн, М. А. Розентул, И. А. Матусис и др., давая о нем хороший отзыв, считают, однако, что он не может вытеснить препараты типа новарсенола.

Однако нужно иметь в виду, что положительные оценки мафарсена основывались на наблюдениях, сделанных в отношении каждого больного на протяжении лишь одного курса лечения, и, следовательно, давали право судить только о переносимости препарата и влиянии его на активные проявления сифилиса, но отнюдь не позволяли делать окончательного заключения о стерилизующей способности его и степени влияния на отдаленные результаты лечения, что весьма важно при оценке всякого противосифилитического средства. Длительные последующие наблюдения, главным образом в послевоенное время, показали, однако, что арсеноксиды имеют ряд отрицательных сторон и совершенно не заслуживают того внимания, которым они пользовались во время войны.

Их способность быстро выделяться из организма, которую ранее относили к числу положительных свойств арсеноксидов, является, как теперь выяснилось, недостатком этих препаратов, чем объясняется их более слабое стерилизующее действие на сифилитическую инфекцию по сравнению с салварсановыми препаратами, а отсюда большее число рецидивов, возникающих при лечении арсеноксидами.

По влиянию на реакцию Вассермана мафарсен также стоит значительно ниже препаратов типа новарсенола. Н. Н. Игумнов, сведя в одну таблицу (табл. 6) данные различных авторов, показал, что новарсенол, применяемый в равноценных мафарсену дозах (в 10 раз больших), оказывал на динамику реакции Вассермана в два раза более сильное действие, чем мафарсен.

Таблица 6

Влияние на реакцию Вассермана препаратов, применяемых при лечении сифилиса

Препарат	Суточная доза	Курсовая доза	Отрицательная реакция в конце курса (в процентах)			Автор
			сифилис I серопозитивный	сифилис II свежий	сифилис II рецидивный	
Новарсенол и висмут	0,2	5,0	88,6	58,3	—	Хетагуров
То же	0,15	5,0	85	48	40	Игумнов
» »	0,1	5,0	60	46	24	Лапков
Глюкарсенол и висмут	0,1	5,0	60	42,9	25	Агапкин
Мафарсен и висмут	0,015	0,64	48	17	—	Лобанов
То же	0,017	0,76	56	27	—	Игумнов
» »	0,017	0,76	57	46	40	Вейн, Басман, Крылова
Соварсен и висмут	0,017—0,020	0,705—0,815	60	42	30	Вейн, Пер, Нерадов
Соварсен	0,030	1,235	39	22	13	Богачева, Шамуйлов

Табл. 7 показывает, какими препаратами мышьяка пользовались в Великую Отечественную войну при лечении сифилиса.

Таблица 7

Распределение больных по характеру применявшихся при их лечении препаратов мышьяка (в процентах)

Препарат	Число случаев применения
Препараты типа новарсенола	54,9
Арсеноксиды	26,7
Комбинация тех и других	17,4
Осарсен	1,0
Всего	100,0

Большая часть больных (54,9%) лечилась препаратами типа новарсенола; если же к этой группе прибавить 17,4% лечившихся комбинированно препаратами новарсенола и арсеноксидами, то оказывается, что препараты типа новарсенола применялись в 72,3% случаев; арсеноксиды в чистом виде — в 26,7%, а вместе с комбинированным лечением — в 44,1% случаев.

Масштабы применения препаратов типа новарсенола и арсеноксидов (мафарсен) на протяжении войны были различны.

Наиболее важной стороной в лечении сифилиса является интенсивность проводимых курсов лечения. Последняя, как уже указывалось, определяется главным образом величиной среднесуточной дозы и общекурсовых доз препаратов мышьяка, висмута и ртути.

Во время Великой Отечественной войны, когда необходимо было стремиться к сокращению сроков лечения больных, вновь проявились имевшие уже ранее место тенденции к интенсификации лечения сифилиса. При этом, с одной стороны, продолжались попытки сокращать срок специфических курсов за счет увеличения суточной дозы сальварсановых и висмутовых препаратов, с другой — проводилась на местах проверка разнообразных новых методов быстрого лечения сифилиса.

В 1943 г. С. П. Архангельский сообщил об успешно проведенном им уплотненном лечении при средней суточной дозе новарсенола, равной 0,15. На основании данного опыта этот метод с 1943 г. был рекомендован для применения в госпиталях армий. Так, в одном из госпиталей с конца 1943 г. часть больных была переведена на суточные дозировки в 0,12—0,15 новарсенола и 1,2—1,5 биохинола. Серьезных осложнений не было. В начале курса больные теряли в весе, а к концу курса прибавляли.

С 1944 г. в некоторых госпиталях стал применяться метод В. Я. Арутюнова, наиболее интенсивный, с дозировкой новарсенола 0,225 в сутки.

Большое распространение метод уплотненного лечения получил в 1945 г., когда его стали вводить и в практику амбулаторного лечения сифилиса.

Суточными дозами арсеноксидов (мафарсен) при уплотненном лечении являлись: 0,012—0,013—0,015—0,018.

Некоторые сифилидологи пошли дальше по пути «уплотнения» курсов. Так, Г. И. Хетагуров довел суточную дозировку новарсенола до 0,19, А. Н. Гурьев и М. И. Вальков — до 0,24, В. Я. Арутюнов, Г. С. Брайдорф при свежем сифилисе у крепких субъектов — даже до 0,225.

Метод уплотненного лечения с суточной дозировкой новарсенола в 0,15 так хорошо зарекомендовал себя за время войны, что совещание военных дермато-венерологов в 1945 г. рекомендовало ввести этот метод в практику всех стационарных венерологических учреждений Советской Армии, но при условии пользования им лишь при хорошей переносимости сальварсановых препаратов и отсутствии каких бы то ни было противопоказаний.

О хорошем результате лечения сифилиса по уплотненному методу с применением суточной дозы новарсенола в 0,15 и биохинола в 1,3, проведенного на большом количестве больных, сообщил в 1945 г. В. Я. Арутюнов. Согласно его данным, основанным на значительном количестве наблюдений (автор начал применять уплотненный метод с 1941 г.), указанный метод не только сокращает сроки лечения, но и повышает его эффективность. Частота же и тяжесть побочных явлений при применении уплотненного метода лечения не больше, чем при обычных методах.

В соответствии с благоприятными результатами наблюдений за действием мафарсена постепенно увеличивалась интенсивность лечения и этим препаратом, что выражалось в повышении разовых, общекурсовых доз и средней суточной дозы.

Метод уплотненного лечения сифилиса мафарсеном (комбинированно с применением висмута) был проверен М. Р. Городинским, причем было установлено, что больные хорошо переносят это лечение и оно оказывает энергичное действие на клинические проявления, однако по влиянию на серологические реакции значительно уступает соответствующей новарсенол-висмутовой терапии.

Государственной сальварсановой комиссией максимальной разовой доза мафарсена была увеличена от 0,04 до 0,06, максимальная курсовая — от 0,5 до 0,7, средняя суточная — от 0,01 до 0,016 (показаны нормы для мужчин).

Это в полной мере соответствовало постепенному увеличению дозировок новарсенола. Отдельные авторы в порядке дальнейшего испытания стали повышать указанные выше нормы. Что касается разовых доз, которые также имели большое значение, то, обобщая данные, следует отметить, что, почти как правило, при лечении применялись преимущественно максимальные, установленные для различных препаратов, дозы: для новарсенола и миарсенола — 0,6, для биохинола — 3,0—5,0 (в зависимости от интервалов между инъекциями) и т. д.

Таблица 8

Распределение больных в соответствии с суточной дозировкой препаратов типа новарсенола (в процентах)

Суточная доза		0,1	0,12	0,15 и выше	Всего
Сифилис	I серонегативный	69,8	18,3	11,9	100,0
»	I серопозитивный	66,5	20,3	13,2	100,0
»	I скрытый	65,1	25,2	9,7	100,0
»	II свежий	74,1	16,8	9,1	100,0
»	II рецидивный	76,4	16,6	7,0	100,0
»	II скрытый	73,0	19,2	7,8	100,0
»	III активный	76,1	14,9	9,0	100,0

Как видно из табл. 8, лечение сифилиса проводилось все же в большинстве случаев (74,1%) при суточной дозировке новарсенола в 0,1, которая соответствовала нормам, существовавшим к началу Великой Отечественной войны.

Во время войны норма суточной дозы новарсенола была увеличена в официальном порядке до 0,12, и в армии эта доза применялась при лечении 18,8% больных. Для части больных (9,8%), лечившихся в специализированных венерологических отделениях и госпиталях, и эта доза была превышена, и новарсенол и его аналоги вводились из расчета 0,15 и более за сутки. При сравнении лечения, применявшегося у больных, находившихся в различных стадиях болезни, нельзя отметить более или менее заметного различия в суточных дозировках. Соотношение дозировок 0,1—0,12—0,15, как показывает табл. 8, было довольно равномерным в различных группах. Можно лишь отметить, что среднее число леченных по уплотненному методу было выше только в группе первичного сифилиса. Это указывает на то, что стремление к наиболее интенсивному лечению имело место там, где оно было наиболее показанным и где, вследствие отсутствия признаков генерализации инфекции, можно было менее опасаться побочных явлений.

На основании данных, приведенных в табл. 9, можно констатировать, что с точки зрения курсовых доз сальварсановых препаратов не существовало более или менее заметного различия в лечении ранних и поздних форм сифилиса.

Таблица 9

Распределение больных в соответствии с общекурсовой дозировкой препаратов типа новарсенола (в процентах)

Диагноз \ Курсовая доза		Не свыше 4,0	4,1—5,0	Свыше 5,0	Всего
Сифилис	I серонегативный . . .	55,6	30,6	13,8	100,0
»	I серопозитивный . . .	51,7	32,3	16,0	100,0
»	I скрытый	48,5	34,0	17,5	100,0
»	II свежий	57,7	29,1	13,2	100,0
»	II рецидивный	56,2	31,5	12,3	100,0
»	II скрытый	59,1	33,8	7,1	100,0
»	III активный	56,7	31,3	12,0	100,0

Степень интенсивности лечения арсеноксидами показывают табл. 10 и 11.

Таблица 10

Распределение больных по величине суточной дозы арсеноксидов (в процентах)

Диагноз \ Суточная доза		0,01	0,012	0,015	0,016 и выше	Всего
Сифилис	I серонегативный . . .	42,6	24,3	29,7	3,4	100,0
»	I серопозитивный . . .	44,4	23,6	24,5	7,5	100,0
»	I скрытый	48,1	29,8	17,3	4,8	100,0
»	II свежий	46,5	23,2	24,2	9,1	100,0
»	II рецидивный	55,2	26,0	11,5	7,3	100,0
»	II скрытый	62,6	18,7	12,9	5,8	100,0

Таблица 11

Распределение больных по величине курсовой дозы арсеноксидов (в процентах)

Диагноз \ Курсовая доза		Не свыше 0,45	0,46—0,55	Свыше 0,55	Всего
Сифилис	I серонегативный . . .	45,3	29,7	25,0	100,0
»	I серопозитивный . . .	36,6	37,3	26,1	100,0
»	I скрытый	48,0	36,6	15,4	100,0
»	II свежий	36,4	40,4	23,2	100,0
»	II рецидивный	43,7	33,4	22,9	100,0
»	II скрытый	60,1	26,5	13,4	100,0

При лечении арсеноксидами, как видно из табл. 10, применялись относительно более высокие суточные дозы, чем при лечении препаратами типа новарсенола. Так, наименьшая суточная доза 0,01 применялась в 52,1 % случаев, в то время как в группе получавших новарсенол доза 0,1 вводилась в 71,4 %; наоборот, доза 0,015 и еще более высокие назначались

в 25,0% случаев, при соответствующей дозировке в группе леченных новарсенолом — в 9,8%.

Отмечается также большая дифференциация в отношении ранних и поздних форм сифилиса, выражающаяся в том, что при лечении больных с первичным и вторичным свежим сифилисом максимальные дозировки (0,015 и выше) применялись в 30,0—32,0%, а при рецидивном и скрытом сифилисе — только в 18,0% случаев.

При рассмотрении курсовых доз (табл. 11) обращает внимание меньшее число больных, получивших малые курсовые дозы, и значительно больший процент больных, получивших относительно высокие дозы, т. е. факт, аналогичный отмеченному при анализе табл. 10.

Высокие дозировки значительно чаще применялись в случаях активного сифилиса, чем при латентных формах.

Таким образом, при сравнении интенсивности лечения сифилиса препаратами типа новарсенола и арсеноксидами оказывается, что последние применялись и в больших (относительно) суточных, и в больших общекурсовых дозировках.

Как указывалось выше, лечение сифилиса проводилось комбинированными сальварсано-висмутовыми или сальварсано-ртутными курсами. Анализ историй болезни показывает, что препараты висмута применялись при лечении 53,0% больных, препараты ртути—14,1%, сочетанно препараты висмута и ртути применялись в 32,9% случаев.

Из висмутовых препаратов наиболее широко (51,2%) применялся биохипол — препарат, отличающийся высокими терапевтическими качествами, переносимый больными лучше других, который можно вводить в больших дозах (3,0—5,0) при соответствующем удлинении интервалов между инъекциями; поэтому он удобен и практичен в условиях войны. Второе место по частоте занимали 10% взвеси солей висмута: дерматол, азотно-кислый висмут, ксероформ.

Другие препараты (бисмогепол, бисмоверол и др.) имели незначительное применение — не более чем в 12% курсов.

Об интенсивности лечения висмутовыми препаратами можно судить прежде всего по величине курсовых доз биохинола — препарата, имевшего наибольшее распространение.

Получили на курс не более 40,0 биохинола 29,7% больных, от 41,0 до 50,0—53,3% и более 50,0—17,0% больных.

При уплотненном лечении мышьяковыми препаратами естественно было стремиться к уплотнению также висмутового и ртутного лечения. Пользуясь уплотненным методом, применяли, за редким исключением, препараты висмута, дозировку которых можно было увеличить с меньшим риском для функции выделительных органов, чем дозировку ртутных препаратов.

Наиболее приемлемой оказалась суточная дозировка биохинола 1,25 и 10% дерматол 0,75, которая и была принята на совещании дерматовенерологов. Сессия ученых комиссий при Министерствах здравоохранения СССР и РСФСР 1948 г. утвердила для уплотненного лечения суточную дозу новарсенола в 0,15, а биохинола — в 1,3.

В некоторых специализированных госпиталях, как это показывают данные разработки соответствующих материалов, насыщенность курсов висмутовыми препаратами была еще более высокой, что видно из следующих цифр.

Получили на курс до 40,0 биохинола 20,3% больных, более 40,0 биохинола — 79,7%; менее 10,0 20% взвеси азотнокислого висмута получили на курс 22,7% больных и более 10,0 — 77,3% больных.

Ртутные препараты применялись при лечении сифилиса, как было указано, у 14,1 % больных, а в сочетании с висмутовыми препаратами — у 32,9 % больных.

Наибольшее распространение имели растворимые ртутные препараты (1 % раствор сулемы или 2 % раствор цианистой ртути), которые были применены 89,0 % больным, получившим сальварсано-ртутное лечение; 10,6 % больных было лечено внутримышечными инъекциями нерастворимых ртутных препаратов (10 % взвесь салициловой ртути) и 0,4 % больных — втираниями серой ртутной мази.

Более широкое применение висмутовых препаратов оправдано тем доказанным экспериментально и на практике фактом, что висмут по силе действия на сифилитическую инфекцию является вторым (после сальварсана) терапевтическим средством, превосходящим в этом отношении ртуть и к тому же дающим сравнительно меньше побочных явлений. К числу положительных фактов можно отнести также большое число курсов, проведенных по принципу полиметаллического лечения, с применением во время одного и того же курса и висмутовых, и ртутных препаратов (32,9 % всех больных), а также курсов, в ходе которых менялись препараты висмута (23,4 % всех больных, получавших сальварсано-висмутовое лечение).

Менее интенсивно проводилось ртутное лечение, поскольку пользовались преимущественно растворимыми препаратами ртути. Однако количество курсов чистого сальварсано-ртутного лечения, как видно из изложенного выше, было весьма невелико, а растворимая ртуть применялась в большинстве случаев при смешанном ртутно-висмутовом лечении.

Наблюдения последних лет показали недопустимость применения во время одного и того же курса арсеноксидов и растворимых препаратов ртути, ввиду относительно быстрой элиминации их из организма. Г. Т. Глухенький установил, что подобного рода лечение ведет к рецидивам болезни, которые нередко появлялись через короткий срок, даже через 3 недели по окончании курса. После замены ртути висмутом рецидивы не наблюдались.

Для дополнительной характеристики приводятся данные, показывающие пользование препаратами висмута и ртути в двух специализированных госпиталях. Нерастворимыми препаратами или в чистом виде, или в комбинации с растворимыми препаратами лечение проводилось у 87,2 % больных, растворимыми препаратами — у 12,8 %.

Эффективность и переносимость лечения

Согласно данным материалов разработки истории болезни, большую часть больных (69,9 %) лечили обычным, неуплотненным методом с введением сальварсановых препаратов в суточной дозе 0,1, и лишь в 30,1 % лечение проводилось по уплотненному методу с увеличением суточной дозировки сальварсановых препаратов до 0,12—0,15 и выше (арсеноксидов — 0,012 и выше).

Лечение по уплотненному методу применялось несколько чаще у больных, проводивших первый курс лечения, чем у получавших второй курс и более (33,2 и 26,2 %), притом чаще у больных с ранними формами сифилиса.

Однако в ряде специализированных госпиталей, как показали данные дополнительно разработанных материалов, лечение по уплотненному методу применялось чаще обычного, достигая 60,0 % общего числа больных.

Таблица 12

Частота лечения по уплотненному и неуплотненному методу при различных стадиях сифилиса (в процентах)

Диагноза \ Метод лечения	Уплотненный	Неуплотненный	Всего
Сифилис I	35,1	64,9	100,0
» II свожий	29,1	70,9	100,0
» II рецидивный	25,8	74,2	100,0
» II скрытый	27,8	72,2	100,0
» III и прочие формы	16,8	83,2	100,0

Для сравнения эффективности обычного и уплотненного метода лечения, по данным разработки историй болезни, могли быть использованы лишь два критерия: сроки заживления твердого шанкра и влияние лечения на динамику серологических реакций.

Сроки заживления твердого шанкра под влиянием лечения различными методами представлены в табл. 13.

Таблица 13

Распределение больных с первичным сифилисом по срокам заживления твердого шанкра в связи с методами лечения (в процентах)

Метод \ Срок в днях	До 10 дней	11—15 дней	16—20 дней	21—25 дней	26—30 дней	Свыше 30 дней	Всего
Уплотненный сальварсано-висмутовый	10,7	21,1	27,4	13,4	9,1	18,3	100,0
Неуплотненный сальварсано-висмутовый	9,1	23,2	20,0	10,9	15,4	21,4	100,0
Уплотненный во всех комбинациях	11,3	22,4	22,6	16,0	8,7	19,0	100,0
Неуплотненный во всех комбинациях	10,4	22,5	18,0	13,3	10,2	25,6	100,0

Из табл. 13 видно, что существенной разницы в сроках заживления шанкра при лечении по уплотненному и неуплотненному методу не наблюдалось.

Независимо от метода лечения у значительного количества больных (47,1%) для заживления шанкров потребовался срок в 21—30 и более дней. Объясняется это не методами лечения, которые, как видно из изложенного, отвечали современным требованиям, а тем, что шанкры в огромном большинстве (86,3%) имели язвенный характер.

По материалам одного из специализированных госпиталей (М. М. Долгопольский), лечение препаратами типа поварсеполола по уплотненному методу приводило к исчезновению клинических симптомов в следующие сроки: эпителизация эрозивных шанкров заканчивалась в среднем в 10—15 дней, при фимозах — в 18—23 дня; свежая розеолезная сыпь исчезала в 6—12 дней; сухие папулы рассасывались в 10—16 дней, мокнущие вегетирующие — в 18—26 дней; гумозные язвы заживали в 22—25 дней, бугорковые сифилиды — в 12—15 дней.

По данным М. Н. Игумнова, при уплотненном лечении новарсенолом в громадном большинстве шанкры эпителизировались за 7—15 дней, розеолезная сыпь исчезала за 6—12 дней, папулы и кондиломы рассасывались за 10—20 дней.

Автор отмечает более слабый эффект от уплотненного лечения мафарсеном; особенно слабым оказывалось действие на гигантские шанкры, гипертрофированные папулы и широкие кондиломы; в этих случаях заживление часто задерживалось до конца курса.

Проверить эффективность лечения по влиянию на серологические реакции оказалось крайне трудным, так как повторные исследования крови, согласно данным историй болезни, были произведены лишь у 13,7% больных. Все же анализ историй болезни этой группы показывает, что при лечении по уплотненному методу у 71,1% больных реакция Вассермана или оставалась на протяжении курса стойко отрицательной, или, если она в начале курса была положительной, происходил благоприятный серологический сдвиг, выражавшийся в ослаблении степени положительной реакции или переходе ее в отрицательную; в 29,9% реакция оставалась положительной.

В группе больных, леченных по неуплотненному методу, соответствующее соотношение показателей было: 69,2 : 31,8.

При оценке любого метода лечения весьма важно установить его переносимость, о которой можно судить по частоте и характеру побочных явлений или осложнений, вызываемых методом в целом или отдельными медикаментами.

Анализ материалов углубленной разработки историй болезни позволял констатировать, что из общего числа больных сифилисом побочные явления от мышьяковых препаратов были отмечены у 21,9% общего числа больных.

Количество и характер побочных явлений у больных, леченных мышьяковыми препаратами по уплотненному и неуплотненному методу, показаны в табл. 14.

Таблица 14

Распределение больных по характеру и числу побочных явлений от сальварсановых препаратов в связи с методами лечения (в процентах)

Метод	Побочные явления	Не явлось побочных явлений	Лихорадка	Головная боль	Жел.-кишечные расстройства	Желтуха	Кожные поражения	Аллергический симптом-комплекс	Реакция Лув-казевича-Герксгеймера	Итого с побочными явлениями	Всего
Уплотненный		74,0	7,9	9,8	7,2	0,5	0,3	0,1	0,2	26,0	100,0
Неуплотненный		79,8	5,7	7,7	4,7	1,2	0,4	0,2	0,3	20,2	100,0

Следует иметь в виду, что приведенное в табл. 14 количество желтух не отражает полностью этого осложнения среди больных сифилисом, так как часть больных, у которых желтуха появилась в перерыве между курсами, госпитализировалась в терапевтических отделениях, почему их истории болезни не поступали в статистическую разработку по данному разделу.

Кроме указанных побочных явлений, при лечении арсеноксидами встречались, как видно из отчетов армейских и фронтовых венерологов, и другие слабо выраженные симптомы, как-то: боль в области челюстей, боль по ходу вены и др. Ввиду слабой выраженности и быстрого исчезно-

вения таких симптомов они в большинстве случаев не заносились в истории болезни и поэтому не могли быть учтены.

Общее количество сальварсанных осложнений, средних и тяжелых, судя по отчетам, следует признать небольшим.

Данные о побочных явлениях, полученные при углубленной разработке истории болезни, могут быть сравнены с соответствующими материалами, основанными на опыте работы крупных специализированных госпиталей.

Так, Ф. С. Малышев привел следующие итоговые цифры: побочные явления имели место у 23,6% больных, леченных сальварсановыми препаратами; при лечении новарсенолом они наблюдались чаще (25,6%), чем при лечении миарсенолом (16,2%), и в половине случаев протекали в легкой форме. При этом у больных, леченных новарсенолом при суточной дозе 0,1, количество побочных явлений было несколько больше (25,8%), чем у больных, леченных тем же препаратом в дозе 0,12 (24%). Автор объясняет последнее тем обстоятельством, что лечению по уплотненному методу подвергались физически более крепкие люди.

Что касается характера побочных явлений, то головная боль наблюдалась у 6,1%, сыпь — у 8,3% (в том числе эритема Милиана у 7,0%), желудочно-кишечные расстройства — у 5,0%, желтуха — у 0,7% общего числа больных. Лихорадка, повидимому, почти не учитывалась, так как показана всего у 1,0% всех больных.

М. М. Долгопольский привел цифровые данные, показывающие еще меньшее число побочных явлений от новарсенола, хотя препарат вводился в более высокой суточной дозировке — 0,15. (Первые 10—11 дней больные лечились обычными дозами и после проверки переносимости переводились на уплотненное лечение.) Из побочных явлений лихорадка установлена у 2,6%, сыпь — у 1,1%, непереносимость — у 0,2%, тошнота — у 2,7% (побочные явления, являвшиеся следствием висмутовой терапии, здесь не приводятся). Повидимому, учет побочных явлений был неполным, в частности, нет данных о головной боли, которая, как известно, является довольно частым и заслуживающим внимания симптомом. Однако отсутствие данных о тяжелых побочных явлениях, которые не могли не быть зарегистрированы, свидетельствует о том, что лечение по уплотненному методу больные переносили хорошо.

По данным того же автора, широко применявшееся лечение мафарсеном давало большее число побочных явлений. Процент случаев повышения температуры доходил до 17, желудочно-кишечных расстройств — до 7,2; боли в челюстях наблюдались почти у 60,0% больных; 6,5% больных были сняты с лечения мафарсеном из-за лихорадочной реакции и головной боли после каждого вливания; у 2 больных развился парез лицевого нерва после 5 вливаний, у одного больного — арсеникальный психоз к концу курса лечения, у 3 больных — полиартриты после 5—8 вливаний.

М. С. Намичейшвили при лечении по уплотненному методу (0,15 новарсенола на сутки) больных с первичным сифилисом отметил побочные явления в следующем проценте случаев: лихорадка—32, желудочно-кишечные расстройства—10, желтуха—3, дерматит—1. Учитывая, что побочные явления, за немногими исключениями, были легкими, автор считает уплотненный метод вполне допустимым для широкого применения.

Представляет интерес сравнительная оценка препаратов типа сальварсана и арсеноксидов в отношении их общей переносимости. Н. Н. Игумнов на материале одного из госпиталей отметил, что в случаях непереносимости сальварсановых препаратов попытка заменить их мафарсеном приводила

к еще более выраженным токсическим явлениям. Наоборот, в случаях плохой переносимости мафарсена переход на введение сальварсановых препаратов (новарсенол) часто давал благоприятный результат. Существенно замечание того же автора, что, встречаясь со случаями непереносимости мышьяка вообще, он ни разу не наблюдал непереносимости при уплотненных дозах новарсенола.

Материалы разработки историй болезни показывают, что многие из больных, у которых отмечались побочные явления в результате применения мышьяковистых препаратов, перенесли в прошлом малярию. В анамнезе больных, у которых имела место лихорадка, это заболевание отмечено в 36,8% случаев; при головной боли — в 34,3%, а при желудочно-кишечных расстройствах — в 35,8%.

Эти данные находятся в соответствии с опубликованными результатами наблюдений С. П. Архангельского, который, изучая особенности течения сифилиса у маляриков, констатировал, что побочные явления, обусловленные применением сальварсановых препаратов, наблюдаются у них в 2 раза, а лихорадка — в 3 раза чаще, чем у больных, не перенесших малярию.

Ввиду особого значения, которое имеют побочные явления в результате применения сальварсановых препаратов, ниже приводятся данные о характере и выраженности некоторых побочных явлений.

Лихорадка, возникавшая в ходе сальварсанной терапии, в огромном большинстве носила легкий характер; в 44,7% случаев температура не превышала 38° и лишь в 23,6% случаев была выше 39°. У 62,2% лихорадка длилась от нескольких часов до 1 суток. Наибольшее относительно число случаев лихорадки падает на 1-2-е сутки после первого вливания, что дает основание объяснять в этих случаях лихорадку реакцией Герксгеймера; на наиболее характерные для поздней лихорадки 7-10-е дни падает, наоборот, относительно небольшое число случаев (10,3%).

Желудочно-кишечные расстройства по характеру симптомов распределялись следующим образом (табл. 15).

Таблица 15
Распределение больных с желудочно-кишечными расстройствами по характеру симптомов (в процентах)

Симптом	Число случаев
Тошнота	67,3
Рвота	24,5
Наркот	6,2
Рвота и наркот	0,4
Боли в животе	1,2
Прочие	0,4
	100,0

Как видно из табл. 15, в большинстве случаев желудочно-кишечные расстройства выражались в тошноте.

Прочие расстройства, как видно из отчетов венерологов, носили кратковременный и легко выраженный характер, не препятствуя продолжению сальварсанного лечения.

Головная боль наблюдалась в слабой степени у 3,7%, в умеренной степени — у 57,0%, сильная — у 6,3% общего числа больных, у которых имело место это побочное явление. Головная боль была сравнительно кратковременной (длилась часы) в 78,3% случаев и длительной (сутки и более) — в 21,7%.

Таким образом, головная боль в огромном большинстве случаев являлась осложнением легким или умеренной тяжести, но в ряде случаев требовала ослабления интенсивности лечения или принятия других мер предосторожности (введение десенсибилизирующих средств, перевод на другой метод лечения и т. п.).

Особого внимания заслуживают осложнения желтухой. Анализ случаев желтухи, наблюдавшихся, как было указано выше, у 0,5% больных, леченных по уплотненному методу, и у 1,2% больных, леченных по неуплотненному методу, в среднем у 1,0% больных, показывает следующее: более чем в $\frac{2}{3}$ случаев желтуха наблюдалась у больных сифилисом, находившихся в латентной стадии болезни, в остальных случаях — у больных, находившихся в самых различных активных стадиях болезни, чаще все же ранних (сифилис I и II свежий).

По давности заболевания сифилисом больные с желтухой распределялись следующим образом (табл. 16).

Таблица 16

Распределение больных желтухой по давности заболевания сифилисом (в процентах)

Давность заболевания	Число случаев
До 2 месяцев	15,4
2—4 месяца	11,5
4—6 месяцев	21,1
6—9 "	11,6
9—12 "	9,6
Более года	30,8
Всего	100,0

Из табл. 16 видно, что основная масса осложнений желтухой падает на больных с давностью заболевания не свыше 9 месяцев.

В 17,3% всех случаев желтуха наблюдалась у больных, получавших первый курс специфического лечения, в остальных случаях, т. е. у большинства, она отмечалась у больных, получавших повторные (главным образом второй) курсы.

Среди больных, у которых развилась желтуха, около 20,0% перенесли в прошлом малярию или заболевание печени.

О. К. Шапошников также установил, что среди больных сифилисом, заболевших желтухой, процент перенесших малярию был весьма значительным, достигая 29,2; 6,3% больных с этим осложнением перенесли в прошлом желтуху.

Весьма важно было установить, применение каких мышьяковистых препаратов чаще предшествовало появлению желтухи. Результат соответствующего анализа приведен в табл. 17.

Таблица 17

Связь случаев желтухи с применяемыми препаратами мышьяка

Препарат мышьяка	Применение препарата в %	Случаи желтухи в %
Новарсенол	55,9	43,1
Арсенокислоты	26,7	31,4
Сочетание тех и других	17,4	25,5
	100,0	100,0

Табл. 17 показывает, что наибольшее число желтух падает на случаи применения арсенокислот. Это дает основание предполагать, что и в случаях сочетания препаратов неблагоприятный показатель следует отнести преимущественно за счет арсенокислот. При рассмотрении отдельных препаратов оказывается, что менее всего случаев желтухи наблюдалось при применении советского препарата новарсенола.

Влияние величины дозировок (суточных, разовых), ввиду небольшого общего числа желтух при разнообразии индивидуального лечения, установить не представилось возможным.

По выраженности клинических симптомов отмечалось преобладание случаев изолированного слабого и выраженного окрашивания склер, а также слабого окрашивания склер и кожи; выраженное окрашивание склер имело место менее чем в четверти случаев, причем ему сопутствовала головная боль; лихорадочное состояние зарегистрировано в единичных случаях. Судя по исходам, желтуха в огромном большинстве была осложнением легкой и средней тяжести; лишь очень небольшую часть больных (менее 16,6%) оказалось необходимым перевести в терапевтическое отделение госпиталя.

По данным отчетов венерологов, желтухи привлекали наибольшее внимание, занимая среди более серьезных сальварсанных осложнений ведущее место. При этом многие госпитали отмечали отсутствие какой бы то ни было связи сальварсанных желтух с применением уплотненного метода лечения. Вместе с тем указывалось на частую связь осложнений (в том числе желтух) с перенесенной малярией. Судя по отчетам, большая часть желтух как в течение сальварсанного курса, так и в межкурсовые периоды возникала во время второго курса и позднее.

Как известно, вопрос об этиологии гепатитов, возникающих у больных сифилисом под влиянием лечения сальварсановыми препаратами, окончательно еще не решен. Приобретающий за последние годы все большее количество сторонников взгляд, отождествляющий сальварсанные гепатиты с эпидемическими (болезнь Боткина), в основном правилен и подтверждается, помимо клинического тождества, экспериментальными данными.

Однако клинические наблюдения и некоторые экспериментальные данные все же заставляют предполагать, что вирусная этиология так называемых сальварсанных желтух не является единственной, исключаящей возможность развития таких гепатитов под влиянием других причин.

Если, как это показывают повседневные клинические наблюдения, сальварсановые препараты, вводимые в обычных терапевтических дозах,

не оказывают на нормально функционирующую печень сколько-нибудь выраженного токсического влияния, то печень больного сифилисом, пораженная какой-либо другой болезнью (малярия, различные интоксикации), реагирует на введение сальварсановых препаратов ухудшением функциональной способности, что способствует развитию гепатита с желтухой.

Эти наблюдения отчетливо подтверждаются экспериментальными данными Б. К. Крицкого, показавшими, что печень кролика, зараженного сифилисом, приобретает чувствительность к терапевтическим дозам новарсенола лишь в тех случаях, когда она предварительно травмируется каким-либо дополнительным фактором.

В его опытах такими факторами служили небольшие дозы фосфора и аутоинфицирование печени по методу акад. Н. И. Аничкова введением в сфинктер Одди нитки, пропитанной целлодином.

Все эти данные заставляют предполагать, что, наряду с вирусными гепатитами, у больных сифилисом при известных условиях могут наблюдаться и истинные сальварсано-токсические гепатиты с желтухой.

Наконец, нельзя отрицать возможность существования и сальварсано-сифилитических гепатитов, развивающихся по типу реакции Лукашевича-Герксгеймера и возникающих, как правило, в самом начале курса лечения, после одного-двух вливаний препаратов сальварсана преимущественно больным со свежими формами сифилиса.

Таким образом, этиология так называемых сальварсанных желтух, повидимому, не всегда одинакова и требует в каждом отдельном случае специального изучения.

Материалы статистической разработки историй болезни не всегда дают возможность точно установить патогенез так называемых сальварсанных желтух. Однако, судя по тому, что в отношении многих сифилитических больных, у которых была желтуха, как это было указано выше, отмечена перенесенная ранее малярия и заболевания печени, следует полагать, что не все случаи гепатитов у подвергнутых анализу больных сифилисом могут быть рассматриваемы как эпидемические и что в части случаев это осложнение носило сальварсано-токсический характер, будучи обусловлено предварительными функциональными изменениями печени, вызванными ранее перенесенными инфекциями или интоксикациями.

В отчете одного из госпиталей приведены данные о заболевании желтухой двух медицинских сестер, работавших в манипуляционной комнате сифилитического отделения и занимавшихся приготовлением противосифилитических средств и инъекциями при наличии в этом отделении больных с желтухой. Автор отчета видит в этом подтверждение вирусного характера сальварсанных желтух.

Более частое появление сальварсанных желтух в последний период войны, возможно, было связано в некоторой степени с применением в то время арсеноксидов, которые, как это было указано выше, считались врачами более гепатотропными, чем препараты типа новарсенола. Так, в отчете одного специализированного госпиталя отмечается, что подавляющее большинство больных переносило мафарсен хуже, чем новарсенол; в 5,0% у больных, леченных мафарсеном, имело место поражение печени (увеличение печени, уробилин в моче и др.). В другом госпитале при лечении мафарсеном осложнение желтухой было отмечено у 3,6%, а при лечении новарсенолом — лишь у 0,6% больных.

Сведения о большей гепатотропности мафарсена по сравнению с сальварсановыми препаратами имеются в опубликованных работах как отечественных, так и иностранных авторов. По данным ряда авторов, при массивной арсенотерапии мафарсеном на протяжении 5 дней

по 0,24 препарата ежедневно желтуха наблюдалась у 3,6%, а при таком же лечении неарсфенамином, с введением ежедневно 0,8 препарата, — у 0,7% больных.

В многочисленных медицинских отчетах, в силу как указанных выше проявлений высокой гепатотропности мафарсена, так и вызываемых им других разнообразных побочных явлений, подчеркивается необходимость осторожности при применении мафарсеном.

В отчете одного из специализированных госпиталей говорится: «Лечение мафарсеном в уплотненных дозировках показало, что его можно применять только в выборочном порядке, так как он дает побочные явления и осложнения со стороны печени».

Повидимому, именно тем обстоятельством, что при уплотненном лечении нередко применялся мафарсен, объясняются высказывания ряда венерологов против уплотненного лечения. Эти высказывания шли вразрез с многочисленными опубликованными в литературе наблюдениями о целесообразности этого метода и его безопасности при условии соответствующего отбора как больных, так и лечебных препаратов.

Расхождение с данными статистической разработки истории болезни объясняется, повидимому, тем, что при разработке не были учтены разнообразные побочные явления, свойственные только арсеноксидам (боль по ходу вены, боль в челюсти и др.), между тем как при составлении отчетов авторы при оценке препаратов основывались на совокупности разнообразных побочных явлений.

Кожные поражения, встречавшиеся в незначительном числе в качестве побочного явления при лечении сальварсановыми препаратами, имели преимущественно эритематозный (пятнистый или разлитой) и уртикарный характер.

По сроку, прошедшему от первого вливания, случаи кожных поражений распределяются следующим образом (табл. 18).

Таблица 18

Распределение больных с кожными поражениями сальварсанного происхождения по срокам, прошедшим от первого вливания (в процентах)

Срок от первого вливания	Число случаев
1—2 дня	33,3
3—5 дней	16,7
6—10 »	25,9
10—20 »	8,3
Более 20 дней	16,7
	100,0

Преобладание случаев, в которых сыпь появилась на 1—2-й и на 6—10-й день после первого вливания, свидетельствует о том, что в качестве указанного рода осложнений регистрировались главным образом проявления реакции Герксгеймера и эритемы 9-го дня.

Особо реакция Герксгеймера отмечена только у 0,3%, ангионевротический симптомокомплекс — у 0,2% больных.

Патологические явления со стороны почек наблюдались не часто. Белок в моче обнаружен у 16,9% больных, причем в большинстве случаев (79,6%) в виде следов.

Эритроциты (в 93,2% — единичные) обнаружены в моче у 17,5% больных, лейкоциты — в таком же проценте случаев. Цилиндры в моче имелись у 12,8% больных (гиалиновые — в 41,3%, прочие — в 58,7% случаев).

Материалы разработки историй болезни показали, что лечение сифилиса было не только достаточно эффективным, но и хорошо переносилось, давало относительно небольшое число осложнений, среди которых тяжелые формы встречались весьма редко. Эти же материалы показали целесообразность применения уплотненного метода лечения, являвшегося несомненно более эффективным и по переносимости не отличавшегося от обычного метода лечения. Вместе с тем данные отчетов позволили выявить преимущества новарсенола перед мафарсеном.

Продолжительность курса лечения видна из табл. 19.

Таблица 19

Распределение больных по длительности курса специфического лечения в связи с методом (в процентах)

Метод \ Число дней	Не более 40	41—50	Более 50	Всего
Уплотненный	45,4	37,7	17,2	100,0
Неуплотненный	26,2	47,2	26,6	100,0
Всего	33,0	43,8	23,2	100,0

Табл. 19 показывает, что среди больных, лечившихся по уплотненному методу, наибольшая группа заканчивала курс в пределах до 40 дней, в то время как среди лечившихся неуплотненным методом преобладала группа больных с длительностью лечения в 41—50 и более дней. Учитывая хорошую переносимость уплотненного лечения и его терапевтическую эффективность, следует признать, что приведенные данные подтверждают преимущества применения повышенных суточных доз сальварсановых препаратов, в частности, доз в 0,15, при которых лечебный курс продолжался в среднем всего 35—36 дней.

Из общего числа больных закончило полностью курс лечения в госпиталях: 93,8% лечившихся уплотненным методом и 89,7% лечившихся обычным методом. Остальные были переведены на амбулаторное лечение.

Заключение

Анализ материалов углубленной разработки историй болезни, а также отчетов армейских и фронтовых венерологов и некоторых дополнительных материалов (истории болезни специализированных госпиталей и др.) позволяет сделать следующее заключение.

В первый период Великой Отечественной войны во всех лечебных учреждениях армий, фронтов и глубокого тыла лечение сифилиса проводилось преимущественно по обычному неуплотненному, хронически перемежающемуся методу, правильное пользование которым вместе с тем вполне обеспечивало излечение больных.

С 1943 г. все более распространялось, особенно в крупных специализированных госпиталях, лечение по уплотненному методу с доведением суточной дозы новарсенола до 0,15, а биохинола — до 1,25—1,3, что при хорошей его переносимости приводило к значительному сокращению сроков госпитализации и ускоряло возвращение больных в строй.

Наряду с новарсенолом, с конца 1944 г. довольно широко применялись арсеноксиды как в неуплотненных, так и в уплотненных курсах лечения. Опыт, однако, показал, что арсеноксиды, вначале получившие хорошую оценку, оказались препаратами более слабыми, чем поварсенол, не предохранявшими больных от возможности рецидивов и вызывавшими относительно большое число побочных явлений, в частности, желудочно-кишечных расстройств и желтух.

Следует признать весьма положительным тот факт, что руководство венерологической службой Советской Армии с большой осторожностью и должной критикой отнеслось к разработанным в США скоростным и сверхскоростным методам лечения сифилиса и не ввело их в широкую практику лечебных учреждений, несмотря на кажущиеся преимущества. Испытание этих методов в Советском Союзе показало их малую терапевтическую эффективность и в то же время опасность некоторых из них вследствие часто наблюдавшихся тяжелых осложнений.

Лечение больных сифилисом в минувшую войну сопровождалось относительно небольшим числом побочных явлений, примерно равным мирному времени. Это указывает на то, что лечение больных было обеспечено надлежащими условиями в смысле установления правильных показаний, должного наблюдения за больными в ходе лечения и умения пользоваться способами профилактики побочных явлений. Первым и основным из этих условий являлась обязательная госпитализация всех больных с заразными проявлениями сифилиса и латентных больных, которые плохо переносили лечение.

Мобильность частей и чрезвычайно большая текучесть личного состава армии во время войны создавали обстановку, при которой осуществление безотрывного последовательного наблюдения за каждым больным сифилисом, от начала его заболевания до излечения, было необычайно затруднительно.

Несмотря на указанные трудности, большинство больных сифилисом проводило систематическое многокурсовое лечение. Это, в частности, доказывается высоким процентом больных, получивших в госпиталях стационарно повторные курсы лечения, и очень редко наблюдавшимися рецидивами. Все это явилось прежде всего результатом приближения к больным венерологической помощи, благодаря развертыванию специализированных госпиталей.

ЛЕЧЕНИЕ МУЖСКОЙ ГОНОРРЕИ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Введение

Гоноррея в числе прочих венерических болезней имела в минувшие войны XIX и начала XX века значительное распространение в воюющих армиях, что на относительно длительные сроки выводило из строя большое количество бойцов. Лечение больных гонорреей до Великой Отечественной войны представляло значительные трудности, так как, помимо своей длительности, сопровождалось большим количеством осложнений и частыми рецидивами.

Непосредственно перед Великой Отечественной войной принципы лечения гонорреи изменились: прежние методы, в основном местного характера, рассчитанные на создание неблагоприятных условий для размножения гонококка, пришли в явное противоречие с признанием гонорреи общим заболеванием (Фронштейн). Гоноррея оставалась одной из немногих инфекций, на которые еще не распространились успехи специфической химической и биологической терапии. Специфические вакцины не могли радикальным образом разрешить эту проблему.

Новый этап в лечении гонорреи начался с введения сульфаниламидов.

Великая Отечественная война началась в период изучения методов сульфаниламидотерапии. В течение Великой Отечественной войны появилось еще более мощное специфическое средство лечения гонорреи — пенициллин.

Новые методы лечения гонорреи сульфаниламидами и пенициллином не могли не изменить коренным образом тактики и организации лечения гонорреи.

В целях улучшения лечения гонорреи во время Великой Отечественной войны проводились мероприятия в двух направлениях: 1) приближения лечения гонорреи к действующим частям, чтобы сократить сроки до начала лечения и предупредить осложнения; 2) улучшения методов лечения, чтобы сократить сроки лечения, уменьшить трудопотери и повысить надежность излечения. Обычные довоенные методы оказались в этом отношении явно несостоятельными. Для изучения постановки лечения гонорреи в войсках в годы Великой Отечественной войны и достигнутых успехов в ускорении лечения путем внедрения новых методов и улучшения организации лечения в настоящей работе использованы опубликованные в литературе печатные материалы и материалы научных конференций. В основу общих статистических разработок был положен материал углубленной разработки историй болезни больных, лечившихся от гонорреи в госпиталях.

Некоторые особенности клиники мужской гонорреи в годы Великой Отечественной войны

Во время Великой Отечественной войны, по наблюдениям некоторых авторов, клиника мужской гонорреи изменила свой характер и классическая картина болезни с ее типичной 2—3-дневной инкубацией, острым началом, густым сливкообразным гнойным выделяемым из уретры, припухлостью и отеком наружного отверстия уретры встречалась реже, чем в мирное время. Преобладали формы с удлиненной инкубацией, подострым началом и течением. Вместе с тем переход процесса на заднюю уретру происходил быстрее и чаще, осложнения наступали раньше и в большем проценте, хотя клинически протекали более вяло. Указанные факты объяснялись различно. Предполагалось, что изменились штаммы гонококка под влиянием лечения сульфаниламидами, а также изменилась реактивность организма самих больных. Указывалось на то, что самостоятельное лечение больных гонорреей таблетками сульфаниламидов, без контроля врача, изменяло клиническую картину болезни к моменту посещения врача-специалиста.

Ввиду этого небезынтересно проанализировать некоторые особенности течения гонорреи во время Великой Отечественной войны.

И н к у б а ц и я. Большинство авторов определяет продолжительность инкубации гонорреи в 2—8 дней, чаще всего — в 3—5 дней (табл. 20). Значительные колебания продолжительности инкубации гонорреи отдельными авторами объясняются различно. Ряд авторов отмечает влияние возраста (значительное удлинение инкубационного периода у лиц старше 25 лет), изменение реактивности организма при повторных заражениях и пр.

Несомненное влияние на срок инкубации оказывает и вирулентность гонококка, которая может значительно колебаться. Известно, что наблюдаются очаги более вирулентной и менее вирулентной гонорреи, наблюдаются периоды более вирулентной инфекции с острым течением и менее вирулентной с вялым течением; наблюдаются изменения вирулентности штаммов под влиянием сульфаниламидной терапии.

Наконец, на длительности инкубационного периода могут отражаться условия труда и быта, питания и ряд других факторов.

Т а б л и ц а 20

Сроки инкубации гонорреи по данным отдельных авторов
(в процентах)

Авторы	1—5 дней	6—7 дней	8—14 дней	Свыше 15 дней	Итого
Завграев и Лянде (1926)	83,5	10,5	5,2	0,8	100,0
Фурманов (1932)	70,6	15,0	10,7	3,7	100,0
Либсман (1941)	50,0	22,5	20,0	7,5	100,0

Из табл. 20 видно, что колебания в сроках инкубации отмечались различными авторами и что ко времени начала войны особенно увеличилось относительное число больных со сроками инкубации свыше 5 и свыше 15 дней, что могло быть объяснено изменением вирулентности штамма гонококка под влиянием сульфаниламидной терапии.

Материалы углубленной разработки истории болезни приведены в табл. 21.

Таблица 21

Сроки инкубации гонорреи, наблюдавшиеся в период Великой Отечественной войны (в процентах)

Клиническая форма гонорреи \ Длительность инкубационного периода	1—5 дней	6—7 дней	8—14 дней	Свыше 15 дней	Итого
Неосложненная гоноррея	55,3	17,5	19,5	7,7	100,0
Осложненная гоноррея	49,9	15,0	26,1	9,0	100,0

Данные табл. 21 показывают увеличение в годы войны процента больных со сроками инкубации свыше 5 дней. Следует полагать, что тенденция к удлинению сроков инкубации в годы войны была в значительной степени связана с физическим переутомлением, с резким напряжением нервной системы и рядом других факторов, способствовавших изменению реактивности организма.

Клинические формы гонорреи по наблюдениям в период Великой Отечественной войны. Изучение клинических форм гонорреи, наблюдавшихся в годы Великой Отечественной войны, проводилось по обычной их классификации.

Были изучены: а) соотношения различных клинических форм гонорреи между собой; б) влияние различных условий на течение гонорреи; в) частота осложнений и причины, их вызывающие; г) своевременность обращения за медицинской помощью и госпитализация; д) качество лечения и т. п.

Таблица 22

Клинические формы уретрита, наблюдавшиеся в период Великой Отечественной войны (в процентах)

Клиническая форма	Неосложненная гоноррея	Осложненная гоноррея
Острый передний уретрит	48,0	1,6
» тотальный »	7,5	16,2
Рецидив острого уретрита	1,6	0,5
Хронический уретрит	8,5	7,6
Рецидив хронического уретрита	1,4	1,1
Послегонорройный уретрит	5,0	—
Негонорройный уретрит	1,0	—
Итого	73,0	27,0

Из табл. 22, составленной на основании разработки историй болезни, видно, что приблизительно у половины всех больных гонорреей имелся передний острый уретрит, около четверти болело распространенной формой гонорреи — острым тотальным уретритом, у одной шестой была хроническая гоноррея. Прочие группы составились из рецидивов гонорреи и послегонорройных катарров. При переходе процесса на заднюю уретру резко увеличивались возможности развития осложнений, удлинения сроков лечения и длительной госпитализации. В то время как при переднем уретрите количество осложнений не превышало 3,2%, тотальные урет-

риты давали 66,3% осложнений, они же являлись в большинстве случаев источниками перехода процесса в хроническую форму.

Влияние возраста на течение гонорреи видно из табл. 23, в которой клинические формы гонорреи распределены по основным возрастным группам.

Таблица 23

Распределение клинических форм гонорреи по возрастным группам

Клиническая форма \ Возрастная группа	До 25 лет	26—30 лет	Старше 30 лет
Острый передний уретрит:			
неосложненный	50,3	48,1	46,3
осложненный	1,8	1,2	2,0
Острый тотальный уретрит:			
неосложненный	8,5	8,0	5,6
осложненный	15,8	15,6	18,5
Хронический уретрит:			
неосложненный	8,2	9,2	6,6
осложненный	5,8	7,5	8,2
Рецидивы гонорреи	4,5	4,7	5,6
Послегонорройный уретрит	5,1	5,7	7,2
Итого	100,0	100,0	100,0

Данные табл. 23 показывают некоторое преобладание в старших возрастах осложненных форм острой и хронической гонорреи, учащение рецидивов и более частый исход в послегонорройный уретрит. Сумма всех этих данных подтверждает положение, что при заболевании гонорреей в старших возрастах прогноз менее благоприятен и что при лечении гонорреи у людей старших возрастов следует обязательно применять стимулирующие средства.

Спорным представляется вопрос о влиянии на течение гонорреи и ее клинические формы специфических условий различных родов войск. Данные материалов разработки истории болезни не дают оснований для таких утверждений.

Среди всех форм уретрита хронический гонорройный уретрит составлял 16,1%. Показатель этот значительно ниже цифр, опубликованных отдельными авторами.

Ряд авторов считает, что к 1945 г. хронические больные составляли от трети до половины всех больных гонорреей. Цифры эти, несомненно, преувеличены. В. М. Богучарский отмечает, что у больных, направленных из частей с диагнозом хронического гонорройного уретрита, диагноз подтвердился только в 53,5% случаев.

Относительное же увеличение количества хронических форм гонорреи может объясняться ростом сульфаниламидорезистентных форм.

Осложнения гонорройного уретрита. Осложнения гонорройного уретрита, переход процесса на придаточные органы передней и задней уретры, а также на другие органы резко удлиняют продолжительность лечения болезни, ухудшают прогноз, способствуют пере-

ходу болезни в хроническую форму; сохраняя вместе с тем заразительность в течение долгого периода и являясь нередко причиной стерильности, гонорройные осложнения приобретают известное социальное значение. Поэтому изучение в количественном и качественном отношении наблюдавшихся в годы Великой Отечественной войны осложнений имеет, несомненно, важное практическое значение.

Литературные данные говорят о значительном снижении процента осложнений со времени применения новых методов лечения в предвоенные годы. Так, по данным М. М. Зархи и Н. С. Лиховицкого, частота простатитов после введения орошений уретры снизилась до 14—20%, а после начала сульфаниламидной терапии — до 11,5%.

Эпидидимиты до применения метода орошения наблюдались у 30,0% больных, после введения этого метода этот процент по Е. М. Белостоцкому снизился до 4,5, а при химиотерапии, по данным И. М. Порудоминского, — до 1.

В табл. 24 приведены данные об осложнениях, наблюдавшихся у больных гонорреей к моменту поступления в стационар, и отдельно об осложнениях, развившихся в процессе лечения.

Таблица 24
Распределение осложнений по их виду
(в процентах к итогу осложнений)

Осложнение	Процент случаев осложнений	
	при поступлении больного в стационар	развившихся в процессе лечения
Простатит фолликулярный и паренхиматозный	19,8	45,6
Простатит катаральный	2,6	9,5
Эпидидимит	57,6	22,7
Литтреит	1,8	6,3
Стриктура уретры	1,3	0,5
Артрит	1,3	0,8
Простатит и эпидидимит	7,9	4,4
Простатит и везикулит	0,8	1,3
Простатит и куперит	0,3	—
Простатит и литтреит	0,6	3,6
Простатит, эпидидимит и везикулит	0,3	0,8
Простатит, эпидидимит и литтреит	0,1	1,0
Простатит, эпидидимит и артрит	—	0,3
Эпидидимит и артрит	0,2	—
Прочие осложнения	5,4	3,8
Итого	100,0	100,0

Согласно данным разработки историй болезни, 70,2% осложнений возникали еще до госпитализации больных и только 29,8% осложнений появились в процессе лечения.

Таким образом, основную группу осложнений нельзя ставить в зависимость от методов лечения; причину их следует искать в условиях и обстановке боевой жизни. Среди осложнений, с которыми больные прибывали на лечение, первое место занимало воспаление придатка яичка оди-

ночное или комбинированное, составлявшее 66,1% всех осложнений, второе место занимало воспаление предстательной железы (22,4% одностороннее и 10,0% комбинированное).

Среди осложнений, развивавшихся во время лечения, основную группу составили простатиты, наблюдавшиеся у 6,06% больных; осложнение же эпидидимитом наблюдалось только у 2,6% больных. Соотношение простатитов и эпидидимитов, возникавших у больных во время лечения, мало отличается от наблюдавшегося в мирное время. Наряду с большим числом осложнений со стороны придатка яичка и предстательной железы, отмечается чрезвычайно низкий процент общих осложнений, в первую очередь артрита. И.М.Порудоминский считает обычным поражение суставов у 1,0—3,0% больных гонорреей. По материалам разработки историй болезни осложнения гонорройным артритом составили только 0,37%. Такой процент следует считать чрезвычайно низким, даже если учесть, что часть артритов могла быть не распознана и попала в группу ревматических полиартритов.

По А. Д. Шехтеру, за 1944/45 г. процент осложнений по армейскому району был равен 31,7 и по фронтовому — 18,6. Распределение по отдельным видам осложнений приведено в табл. 25.

Таблица 25

Частота осложнений у больных гонорреей
в госпиталях армейского и фронтового района
(в процентах) (по данным А. Д. Шехтера)

Осложнение	Армейский район	Фронтовой район
Простатит	15,8	9,4
Эпидидимит	7,7	5,9
Везикулит	2,3	0,7
Литтреит	4,5	1,4
Артрит	0,1	0,1
Пушерит	0,3	0,1
Прочие	1,0	1,0
Итого	31,7	18,6

Таблица 26

Время развития осложнений после начала заболевания

Осложнение	Время после начала заболевания					
	1—7 дней	8—14 дней	15—21 день	22—28 дней	29—35 дней	36 и более дней
Простатит	21,8	12,7	7,3	8,2	6,4	43,6
Эпидидимит	21,4	14,3	13,5	9,2	9,2	32,4
Прочие односторонние осложнения	25,6	15,4	10,3	2,6	17,9	28,2
Сочетанные осложнения	13,2	17,6	14,7	7,4	5,9	41,2
В среднем по всем видам осложнений	20,8	14,5	12,3	8,3	8,8	35,3

Сроки развития осложнений представлены в табл. 26, согласно которой 20,8% осложнений развивалось в течение первой недели болезни и 35,3% — после пятой недели. Первая неделя дает большое количество осложнений вследствие острых явлений. Вторая волна осложнений падает на случаи с хроническим продолжительным течением. В этих случаях осложнение имеет место в первую очередь за счет воспаления предстательной железы и сочетанных с ней осложнений.

Табл. 27 и 28 ставят задачу выяснить, отражается ли на частоте осложнений повторность заболеваний, остаются ли от предыдущих инфекций иммунные тела, способные предотвратить осложнения при новой инфекции, или, наоборот, может ли повторность заражения при наличии меньшей сопротивляемости способствовать появлению осложнений. Следует указать, что из числа больных, указанных в табл. 27, впервые болело гонорреей 77,2%, повторно — 22,8%.

Таблица 27

Процент осложнений в группе ранее болевших
в не болевших гонорреей

Осложнение	Раньше не болели	Болели го- норреей повторно
Простатит	4,4	5,4
Эпидидимит	12,3	12,5
Другие одиночные осложнения	1,7	1,6
Простатит и эпидидимит	1,5	2,2
Прочие сочетания	0,8	0,9
Всего осложнений . . .	20,7	22,6

Таблица 28

Распределение осложнений гонорреи, в зависимости
от предшествующих заболеваний (в процентах к общему
числу осложнений)

Осложнение	Раньше не болели	Болели го- норреей повторно
Простатиты	21,2	23,5
Эпидидимиты	59,2	55,5
Прочие одиночные осложнения	8,4	7,0
Простатиты и эпидидимиты . .	7,2	10,0
Прочие сочетания	4,0	4,0
Всего . . .	100,0	100,0

Табл. 27 и 28 показывают, что повторная гоноррея давала примерно такие же по частоте и виду осложнения, как и первичная.

Поскольку часть осложнений развивалась во время лечения, следует выяснить, в какой период лечения они проявлялись. Ответ на этот вопрос дают табл. 29 и 30.

Таблица 29

**Сроки развития осложнений от начала лечения
(в процентах)**

Срок развития осложнений от начала лечения	Осложнения			
	простатит	эпидидимит	прочие одиночные осложнения	сочетанные осложнения
До 14 дней	43,6	53,7	43,9	54,7
15—30 дней	35,9	27,3	33,9	28,3
После 30 дней	20,5	19,0	22,2	17,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 30

Соотношение осложнений в различные периоды от начала лечения (в процентах)

Осложнения	Периоды лечения					В среднем по всем периодам лечения
	до 10 дней	11—14 дней	15—21 день	22—30 дней	свыше 30 дней	
Простатит	50,0	52,8	60,7	59,5	54,3	55,3
Эпидидимит	22,9	25,7	19,1	14,3	20,3	21,1
Прочие одиночные осложнения	10,2	8,6	9,0	14,3	11,4	10,3
Сочетанные осложнения	16,9	12,9	11,2	11,9	14,0	13,3
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Из приведенных табл. 29 и 30 следует, что около половины всех осложнений развивалось в течение первых двух недель после начала лечения, около трети — в течение второй половины первого месяца и до 20% —

Таблица 31

**Распределение больных по срокам инкубации и развития осложнений
(в процентах)**

Время развития осложнения	Срок инкубации в днях					В среднем по всем срокам инкубации
	1—2 дня	3—4 дня	5—6 дней	7—14 дней	15 и больше дней	
До 7 дней	35,6	23,8	20,4	18,9	41,7	25,3
8—14 »	13,3	14,3	22,2	26,7	19,4	18,8
15—21 день	8,9	17,7	11,1	12,2	8,3	13,4
22—28 дней	8,9	8,8	3,7	14,4	5,6	9,2
29—35 »	4,4	8,2	9,3	13,4	8,3	9,1
36 дней и более	28,9	27,2	33,3	14,4	16,7	21,2
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

после первого месяца. Что же касается распределения больших по срокам инкубации и развития осложнений, то это видно из данных, указанных в табл. 31.

Из табл. 31 можно вывести заключение, что на раннее развитие осложнений влияет как очень короткая инкубация (1—2 дня), характеризующая вирулентную инфекцию, так и очень длительная инкубация (свыше 15 дней), свидетельствующая о слабой защитной реакции макроорганизма, и что оба момента следует принимать во внимание при установлении прогноза болезни и выборе метода лечения.

Как показывают данные разработки историй болезни, диагнозы войсковых врачей и лечебных учреждений часто не совпадали, что может быть объяснено отсутствием в распоряжении войскового врача лаборатории.

Разногласия в диагностике гонорреи касались в основном хронических форм: свыше 40,0% больных, направленных с диагнозом хронической гонорреи, оказывались страдавшими вновь приобретенной острой гонорреей.

От 10,0 до 12,0% больных хронической гонорреей было направлено с диагнозом эпидидимита или простатита без указания их гонорройной этиологии.

Лечение гонорреи в годы Великой Отечественной войны

Сульфаниламидотерапия. Попытки лечения гонорреи химическими соединениями, введенными внутривенно, подкожно или внутримышечно с целью уничтожить инфекцию слизистой уретры, проводились многократно. Н. И. Башкирцев установил, что уротропин убивает гонококков в концентрации 1:200, расщепляясь в кислой моче с выделением формалина. Хотя внутривенные вливания 5—10 см³ 40,0% раствора уротропина не создают бактерицидной концентрации в моче, Н. И. Башкирцев и М. Л. Сирота могли отметить клинический эффект от применения этого препарата. Большое распространение получили акридиновые краски — акрифлавин, триафлавин, гонакрин, поскольку в лабораторных условиях триафлавин обнаруживал бактерицидный эффект в разведении 1:300 000, а бактериостатический в разведении 1:300 000 000. Однако клинический эффект не соответствовал результатам опытов в лабораторной обстановке, и акридиновые краски не получили значения специфических средств; то же относится к меркурохрому и неосальварсану.

Специфическими противогонорройными химиотерапевтическими средствами оказались только сульфаниламиды. В настоящее время получили распространение те сульфаниламидные производные, где в сульфамидогруппу введен гетероциклический остаток: пиридин, тиазол, тиадиазол (тиазол со вторым атомом азота). Сюда относятся: сульфидин (синоним — сульфациридин), норсульфазол (синоним — сульфатиазол), сульфадиазип, глобуцид (сульфатиадиазол), метилсульфазол, ультрасептил.

Наиболее распространенным и наиболее оправдавшим себя при лечении гонорреи сульфаниламидом до сих пор считается сульфатиазол, являющийся как бы масштабом, по которому измеряется действие других препаратов. Авторы, разрабатывавшие тиадиазольные соединения, видели во введении второго азота в сульфазол средство резкого повышения его эффективности. Они указывали, что тиадиазольные соединения обладают не только повышенными бактериостатическими свойствами, но и дают большой бактерицидный эффект: гонококки гибли в условиях опыта при разведении глобуцида 1:1 250 000, тогда как сульфидин развивал бакте-

рицидный эффект только при разведении 1:12 000. Однако клиническое применение препарата дало только до 83,0% первичного излечения при 12,8% полной рефрактерности.

Лучшим препаратом в настоящее время является сульфадиазин. Он наиболее эффективен и наименее токсичен. Препарат меньше всех других сульфаниламидов связывается в организме ацетилированием. Ацетилированные соединения препарата становятся неактивными терапевтически и легко образуют конкременты в почках. Сульфидин инактивируется ацетилированием в 30,0—36,0%, сульфазол — в 12,0%, сульфадиазин — в 10,0%. Он быстрее других всасывается (максимум всасывания для сульфидина 4—5 часов, для сульфазола — 3—4 часа, для сульфадиазина — 1—2 часа) и медленнее других выделяется (однократно введенный сульфидин выделяется за 50—90 часов, сульфазол — за 24—36 часов, а сульфадиазин — за 80—120 часов).

Сульфаниламидные препараты применялись при лечении у 83,3% всех больных уретритом; 16,7% больных получили в основном только местное лечение. Наибольшее распространение получили высокоактивные препараты типа сульфидина (53,6%) и сульфазола (12,1%). Белый стрептоцид применялся в 30% случаев и комбинированно — в 14,6%. Механизм действия сульфаниламидов еще далеко не уточнен. Основное действие их — бактериостатическое, однако препараты типа сульфидина, сульфазола и сульфадиазина в больших концентрациях могут, повидимому, давать и бактерицидный эффект.

Для проявления лечебного действия сульфаниламидов необходима известная концентрация их в крови, в среднем около 5 мг на 100 см³ крови. Концентрация обуславливается разовой дозой, интервалами между приемами препарата, методом введения (всасываемостью при применении через рот) и скоростью выделения из организма. Эффективность действия зависит от активности данного сульфаниламидного препарата и степени сульфаниламидорезистентности штаммов гонококка. Высота сульфаниламидного зеркала в крови сама по себе еще не предопределяет лечебного эффекта. Большое значение имеет васкуляризация и доступность гонококкового очага для воздействия сульфаниламидов, наличие в нем вещества, нейтрализующего сульфаниламиды, парааминобензойной кислоты. Способы введения сульфаниламидов указаны ниже в табл. 32.

Таблица 32

Способы введения сульфаниламидов по материалам разработок историй болезни

Способ введения	Процент применения
Внутрь (через рот)	84,0
Внутривенно	4,2
Внутрь и внутривенно	7,8
Внутримышечно	3,0
Прочие методы	1,0
Итого	100,0

Как показывают данные табл. 32, основным методом введения сульфаниламидов при лечении гонорреи в лечебных учреждениях в годы Великой Отечественной войны был внутренний (через рот).

Такое лечение сульфаниламидами проводилось в лечебных учреждениях Советской Армии по различным схемам (табл. 33), характеризующимся повышением или понижением суточной дозы или равномерной дозировкой, а также смешанными схемами.

Таблица 33
Схемы введения сульфаниламидов, применявшиеся
в годы Великой Отечественной войны в лечебных
учреждениях Советской Армии

Дозы	Процент применения
Снижающиеся с 5,0 до 2,0	38,0
» » 6,0 » 4,0	5,1
» » 7,0 » 5,0	1,3
Повышающиеся с 3,0 до 6,0	0,6
Равномерные по 5,0	9,8
Суточные дозы по 4,0	9,9
» » 3,0	12,1
Однократный прием 5,0	2,0
» » 10,0	0,9
Прочие схемы	12,0
Без определенной схемы	8,3
Всего	100,0

Сторонники нисходящих схем лечения исходили из того, что препарат в крови кумулируется и поэтому для поддержания эффективной концентрации его необходимо уменьшать суточную дозировку. Авторы, придерживающиеся принципа восходящих доз, исходили из предпосылки, что нарастание концентрации сульфаниламида в крови необходимо для уничтожения микробов, выживающих после первых приемов препарата. М. А. Заиграев рекомендовал схему 4,0—5,0—5,0, получив при этом всего 4,0% неудач вместо 12,0% неудач по нисходящей схеме.

Большинство врачей во время Великой Отечественной войны пользовалось нисходящей схемой лечения, начиная преимущественно с 5,0 сульфаниламидов в первый день и постепенно доводя до 2,0 на 4-й день болезни; повышающейся схемой пользовалось только 0,6% врачей.

Равномерными суточными дозами, практически тоже приводящими к повышению уровня сульфаниламидного зеркала в крови, пользовалось значительное число специалистов.

2,9% больных были лечены однократным приемом сульфаниламидов. А. Д. Шехтер описывает методику так называемого «одноударного» лечения: больной получал 2 порошка по 5,0 сульфидина с промежутком в полчаса, или один порошок 5,0 сульфазола, после чего его укладывали на сутки в постель; за это время он получал 3—4 л жидкости, в случае тошноты — соду по 1,0 на прием. На другое утро производили однократное орошение раствором ляписа 1:2 000. Прием 10,0 сульфидина привел к излечению 92,5% больных с острым передним уретритом и 23,5% с острым тотальным уретритом. Однократным приемом 5,0 сульфазола было излечено 70,8% больных. Следует учесть, что высокий процент излечения был достигнут в те годы, когда сульфаниламидорезистентность была уже весьма значительной.

Побочные явления в виде общего недомогания, головных болей, тошноты, а иногда и рвоты почти всегда сопутствовали лечению. В одном случае имела место гематурия, продолжавшаяся 2 дня. При даче сульфазола побочные явления наступали реже. Рекоменгуемый выше метод может применяться при лечении только здоровых молодых людей. Л. Д. Марьяновский, применяя эту методику, получил 80,0% излечений.

Милиевский и Кучинская проводили «ударное» однодневное лечение 8,0 сульфидина по схеме: одновременно 3,0 и далее через час по 1,0 и получили положительный результат у 95,0% больных. Почти у всех лечившихся наблюдались сильные тошноты, иногда рвота, головокружение и другие побочные явления. Несмотря на это, авторы рекомендуют этот метод, правда, в условиях стационара.

Внутривенные вливания растворов сульфидина и сульфазола получили довольно большое распространение в лечебных учреждениях и применялись при лечении 12,0% больных. Внутривенный метод применения сульфидина, обеспечивая быстроту действия, уже с самого начала введения его в практику сульфидиновой терапии привлек внимание венерологов. Центральный кожно-венерологический институт разработал и предложил комбинированную методику внутривенной и внутренней (через рот) терапии, которая должна была обеспечить максимальный эффект при большой экономии препарата. Методика была предложена для общего применения приказом Наркомздрава за № 18 от 17/1 1943 г. Раствор препарата готовился следующим образом: сульфидина (сульфазола) 1,0—2,0, соды углекислой 3,0, дистиллированной воды 100,0. Раствор нагревался на водяной бане до полной прозрачности и применялся теплым. Сульфазол в 2% растворе стоек и не выпадает при длительном хранении. Сульфидин же при остывании выпадает и поэтому его раствор следует вводить подогретым. За 3 дня лечения больной получал 120 см³ 1 или 2% раствора (1,2—2,4 препарата) внутривенно и 3,0 — через рот. Всего 4,2—5,4 сульфидина (сульфазола). Одновременно больной с первого же дня получал орошение уретры растворами марганцовокислого калия два раза в день. Эффективность от лечения по указанной схеме колебалась в широких пределах.

По данным В. Н. Беспалова, из числа больных, леченных внутривенными вливаниями 1% сульфидина, окончательно выздоровело только 24,0%, остались выраженные явления послегонорейного катарра у 38,0% больных, у 38,0% больных имел место рецидив.

Согласно данным Г. А. Радовницкого (1943), по методике, предложенной Центральным кожно-венерологическим институтом, было излечено: одним курсом 50,0—55,0% больных, вторым курсом — еще 24,0%, третьим курсом — 11,0—12,0%, четвертым — 5,6%; 4,0—5,0% больных не было излечено. Автор считает, что массовая практика показала недостаточную эффективность внутривенной терапии гонореи 1% сульфидином по приведенной выше методике. При повторных курсах расходуетея в конечном счете сульфидина больше, чем при обычном внутреннем курсе (через рот), дающем высокий процент излечения. Внутривенное введение и изготовление больших количеств 1% раствора сульфидина представляют и технические трудности. Кроме того, метод создает большое количество резистентных форм болезни.

Внутривенные вливания 10% сульфидина по Планельсу применяли Т. М. Юринов и В. А. Власов, М. И. Арутюнян и Б. Н. Хандамирян, Эльфонт.

Однако авторы отметили у 7,0% больных неприятные побочные явления в виде тромбоза, болей в руке и в дальнейшем перешли на внутривенное вливание 5% раствора сульфидина по Корнетову. Раствор го-

товился следующим образом: к 100 см³ нормального раствора едкого натра добавляли дистиллированную воду до 450 см³. В полученной жидкости сульфидин растворялся без осадка. Больные получали ежедневно внутривенно по 24,0 раствора (1,2 сульфидина). Излечилось в течение 3 дней 10,0%, за 4 дня — 55,0% больных. После 6 дней лечения осталось неизлеченными 13,0% больных. После проведения второго курса было излечено 7,6%, третьего — 1,7%, четвертого и последующих курсов — 1,5%. Не излечилось методами вливаний 2,2%. Внутримышечные инъекции сульфаниламидов получали 3,0% больных. Для лечения применяли 10% раствор иодированного сульфидина (К. Д. Матяш), 16% щелочной раствор, масляные взвеси (М. Г. Шереметьев, Г. А. Радовицкий, М. У. Мирсагатов, А. Я. Берлин, Е. К. Дахшлегер и Б. А. Теохаров).

К. Д. Матяш применил для лечения острой гонореи 10% иодированный сульфидин по 5,0 раствора 3—4 раза в день, всего за 3—4 дня производилось 11—13 инъекций; излечение наступило у 70,0% больных. М. У. Мирсагатов, применяя 25% масляную взвесь белого стрептоцида и вводя ее однократно в обе ягодицы по 12,5 см³, излечил 90,0% больных. После введения взвеси в течение 5 дней больной получал орошение. Инъекция стрептоцида сопровождалась общей, местной и очаговой реакцией. Температура повышалась до 38—40°, наблюдалась слабость и головокружение. На месте инъекции появлялась гиперемия. Очаговая реакция выражалась в помутнении мочи, учащении позывов на мочеиспускание до 10—12 раз в ночь. Через сутки температура падала до нормы, моча просветлялась, выделения прекращались. 10,0% больных, давших рецидивы, получили второй курс лечения, причем половина больных была излечена. Хороший отзыв об этом методе дают Е. К. Дахшлегер и Б. А. Теохаров. Г. А. Радовицкий применял для лечения гонореи 30% масляную взвесь сульфидина. Препарат вводился внутримышечно 3 дня подряд: первые 2 дня по 10,0 взвеси (3,0 сульфидина), третий день 5,0, что давало хороший терапевтический эффект. А. Я. Берлин, проверяя эффективность внутримышечных инъекций масляной взвеси стрептоцида и сульфидина, не получил «обнадеживающих» результатов.

Прочие методы введения сульфаниламидов, по материалам разработки историй болезни, применялись при лечении 1,0% гонорройных больных. К ним можно отнести введение сульфаниламидов в микроклизмах, суппозиториях и уретральных палочках.

Таблица 34

Распределение больных по количеству курсов, применявшихся для лечения гонореи сульфаниламидами

Число курсов	Процент к числу леченных больных
Один курс	81,8
Два курса: одним препаратом	6,3
разными препаратами	6,8
Три курса: одним препаратом	0,8
разными препаратами	1,5
Четыре курса: одним препаратом	0,2
разными препаратами	0,4
Пять и больше курсов	2,2
Всего	100,0

Данные табл. 34 показывают, что при повторных курсах чаще имела место смена препаратов, реже применялся тот же препарат, что и при проведении первого курса.

Таблица 35
Общая курсовая доза сульфаниламидов

Общая доза на курс	Применение (в процентах)
1,5—2,0	1,2
3,0—7,0	14,4
8,0—10,0	11,5
11,0—15,0	29,2
16,0—20,0	14,0
21,0—25,0	5,7
26,0—29,0	1,7
30,0—39,0	9,6
40,0—50,0	10,6
Свыше 50,0	2,1
Всего	100,0

Табл. 35 характеризует методику сульфаниламидной терапии во время Великой Отечественной войны в отношении применявшихся общих курсовых доз. Сравнительно малые дозы в пределах 3,0—7,0, рекомендованные Центральным кожно-венерологическим институтом для комбинированного внутривенно-внутреннего метода, а также чисто внутреннего (через рот) метода, требовавшего в среднем 6,5 сульфидина, применялись только при лечении 14,4 % больных. Дозы в 8,0—20,0 были приняты большинством врачей для препаратов типа сульфидина и сульфазола и применялись при лечении 54,7 % больных. Курсовую дозу в 30,0 и выше получило 22,3 % больных.

Эти данные соответствуют общей тенденции к повышению дозы сульфаниламидов, которая получила признание во время войны в связи с возросшей сульфаниламидорезистентностью. В связи с тем, что при повторных курсах вводились большие количества сульфаниламидных препаратов, что могло вызвать различные осложнения, возникла необходимость установить максимальную дозу, принимавшуюся больными в течение курса лечения.

Изучение соответствующих данных показало, что громадное большинство больных принимало умеренное количество сульфаниламидов, обычно не дающее токсического эффекта.

Свыше 30,0 препаратов типа сульфидина получало 12,4 % больных, а препараты типа белого стрептоцида в дозе свыше 60,0 принимало лишь 5,8 % больных.

Превышение дозировок сульфаниламидных препаратов сказывалось соответствующим увеличением побочных явлений. Как показывают данные табл. 36, явления интоксикации заметно учащались уже при повышении дозы свыше 25,0 сульфидина и резко повышались после приема 50,0 сульфидина и более, а также при приеме 60,0 и более белого стрептоцида.

Побочные явления, наблюдавшиеся при лечении гонорреи сульфаниламидами, представлены в табл. 36.

Таблица 36
Процент лиц, у которых наблюдались побочные явления
при лечении препаратами типа сульфидина и белым
стрептоцидом

Общая доза	Побочные явления				
	головная боль	желудоч- но-кишеч- ные	цианоз	анурии	итого

При лечении препаратами типа сульфидина

До 5,0	0,5	0,6	—	—	2,2
» 10,0	1,0	0,6	0,3	0,2	2,4
» 15,0	1,2	1,9	—	—	3,1
» 20,0	2,1	1,3	—	—	3,4
» 25,0	0,7	2,8	—	—	3,5
» 30,0	2,1	3,1	—	—	5,2
» 40,0	1,8	3,5	—	—	5,3
» 50,0	2,0	2,1	—	—	4,1
Свыше 50,0	6,9	11,5	—	—	25,0

При лечении белым стрептоцидом

До 40,0	0,7	1,3	—	—	2,0
» 60,0	—	—	0,41	9,41	0,82
Свыше 60,0	7,2	12,8	—	—	20,0

На основании табл. 36 можно сделать следующие выводы:

- 1) процент лиц, давших побочные явления при лечении белым стрептоцидом, равен 2,6, а при лечении сульфидином — 3,7;
- 2) число побочных явлений резко увеличивается в случаях превышения общей дозы белого стрептоцида в 60,0, а сульфидина — в 50,0;
- 3) из побочных явлений преобладают прежде всего расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта и головные боли.

Табл. 36 отчетливо показывает постепенный рост числа побочных явлений по мере увеличения дозы. Некоторое уменьшение побочных явлений соответствует дозе сульфидина от 40,0 до 50,0 может быть отчасти объяснено неточностью, вследствие малого числа наблюдений.

Следует указать, что выявленный процент побочных явлений исключительно низок по сравнению с литературными данными, особенно американскими и английскими. Так, по статистике Лонга, кроме головных болей и желудочно-кишечных явлений, которые даже не учитываются, поскольку они почти всегда сопровождали процесс лечения, одни лишь более серьезные осложнения средней и тяжелой степени составили при лечении сульфаниламидами типа белого стрептоцида 19,2%, типа сульфидина — 16,1%, типа сульфазола — 24,1%. Из осложнений лихорадка зарегистрирована у 10,0% больных, лечившихся сульфазолом и белым стрептоцидом, и у 4,0% больных, лечившихся сульфидином, агранулоцитоз — у 0,1—0,3% больных, экзантемы — у 2,0—5,0% и т. д.

По Кросту, цианоз и анемия являются типичными побочными явлениями для несложных сульфамидов, гематурия и калькулез — для сульфациридина, невриты — для дисепталов, легкие формы азотемии, анурии — для сульфазола. Малое количество побочных явлений при сульфаниламидной терапии в Советском Союзе вообще и в армии в частности, несомненно, объясняется не только правильным лечением, индивидуальными дозиров-

ками, отсутствием погони за ненужным перенасыщением организма сульфаниламидами, по также и лучшим качеством отечественных препаратов. Это подтверждается и тем, что с переходом наших войск на территорию противника и более широким применением зарубежных сульфаниамидов процент побочных явлений стал повышаться.

Среди побочных явлений средней степени наблюдалось повышение температуры в связи с чувствительностью терморегулирующих центров к данному препарату. Сравнительно редко наблюдался цианоз, связанный с образованием метгемоглобина и сульфогемоглобина (0,05—0,13%), анурия (0,05—0,12%), гематурия, экзантемы, полиневриты и другие побочные явления средней и тяжелой степени.

Гематурия и анурия наблюдались обычно при самолечении, сопровождавшемся приемом больших количеств сульфаниамидов в сжатые сроки; они не встречались среди лечившихся под врачебным контролем.

Поражения почек возникали чаще всего при лечении гонорреи сульфидином (сульфапиридином), ацетилированные соли которого обладают низкой растворимостью.

Приведем пример.

Больной К. с острым гонорройным уретритом принял самостоятельно за 2 дня 18,0 сульфидина, после чего появились сильные боли в пояснице, кровавая моча; через 18 часов мочеиспускание прекратилось. При поступлении в госпиталь мучительные боли в пояснице, временами затемнение сознания, сухие губы и язык. Назначены теплые ванны два раза в день, обильное содовое питье, грелки на поясницу. Мочеисделение возобновилось через сутки после госпитализации.

Внутривенные вливания 5—10 см³ 1—5% метиленовой синьки быстро устраняли явления цианоза, а гематурия исчезала под влиянием покоя и обильного щелочного питья. При ануриях эти меры не всегда давали положительные результаты. В некоторых случаях помогала катетеризация мочеоточников.

Кожные поражения наблюдались редко, особенно, если учесть, что, согласно литературным данным, в первые годы применения сульфаниамидной терапии у 2,0—5,0% больных встречались коревидные, скарлатиноподобные и уртикарные сыпи и что полевые условия с широкой возможностью инсоляции должны были благоприятствовать их развитию.

Не были зарегистрированы как последствия сульфаниамидного лечения гонорреи случаи тяжелых заболеваний крови, агранулоцитоз, гемолитическая анемия, а также гепатиты и острая желтая атрофия печени.

Поражения нервной системы (как побочные явления сульфаниамидной терапии гонорреи) стали появляться группами после того, как в некоторых местах начали применять дисептал (улирон, неоулирон), ультрасептил и другие зарубежные метилированные сульфаниамиды, обладающие ярко выраженными нейротропными свойствами.

П. С. Уникель наблюдал при лечении ультрасептилом 20 случаев полиневритов.

Были установлены: 1) вялые параличи и парезы дистальных отделов конечностей, преимущественно нижних (области голеностопных суставов); 2) отсутствие ахилловых рефлексов; 3) умеренная болезненность при давлении па нервные стволы; 4) нарушение чувствительности в виде понижения всех видов поверхностной чувствительности по полиневритическому типу («носки, перчатки»); 5) изменение походки (паретического типа) со свисанием стопы; 6) диффузное похудание мышц на кистях и стопах; 7) ослабление мышечной силы, сведения и разведения пальцев, особенно при попытке сжать кисть в кулак; 8) иногда отмечались реакции

перерождения при исследовании электровозбудимости; 9) явления вазомоторного характера (похолодание конечностей, акроцианоз). Наблюдались также отдельные случаи паралича малоберцового нерва.

Сульфаниламидные полиневриты обладали упорным, длительным течением и часто не уступали лечению витамином В₁.

Проблема сульфаниламидорезистентности гонорреи. Еще до начала второй мировой войны за рубежом стало обращать на себя внимание снижение первоначальных блестящих результатов сульфаниламидотерапии. Высказывалось предположение, что ухудшилось качество фабричных препаратов. Во время войны отрицательные результаты при сульфаниламидотерапии гонорреи начали быстро расти, что стали объяснять уже сульфаниламидорезистентностью. Они составили на 1/1 1942 г. во Франции 25,8%, в Швейцарии — 21,0%, в Швеции — 15,0%, а к началу 1944 г. во Франции — 54,4%, в Германии — 43,0%, в Швейцарии — 44,5%, в Швеции — 80,0%, в Южной Италии — 75,0% к числу лечившихся сульфаниламидными препаратами. Отмечалось также, что при общем росте сульфаниламидорезистентности она была неодинаковой в различных местах, а в отдельных очагах давала разные показатели.

И. М. Порудоминский, изучив материалы институтов, клиник и вендиспансеров, отметил среди гражданского населения пестрый характер сульфаниламидорезистентности. В то время как ряд лечебных учреждений продолжал в 1943 и 1944 гг. отмечать высокую эффективность сульфаниламидотерапии, другие учреждения указывали на 25,0—30,0% отрицательных результатов. А. Д. Шехтер отмечал повышение сульфаниламидорезистентности с 9,0% в 1943 г. до 30,0% в 1944 г. В 1944 г. это же явление отмечалось в отчетах других фронтовых специалистов и связывалось с движением войск по территории, освобожденной от оккупации, а в дальнейшем по территории капиталистических стран. Средний процент сульфаниламидорезистентности, по материалам разработки историй болезни, составил 35,9.

Феномен сульфаниламидорезистентности оказался по своему характеру новым, необычным явлением. Резистентность к медикаментам была известна и раньше, в частности, в области химиотерапии. В лабораторных условиях удавалось получать высокорезистентные штаммы различных микроорганизмов. Однако впервые при лечении гонорреи сульфаниламидами наблюдалось массовое падение терапевтической эффективности применяемых препаратов.

Изучение феномена показало, что резистентность обуславливается различными причинами. К более стабильным из них относятся особенности самого макроорганизма (наличие парауретральных ходов, особенности железистого аппарата уретры, состояние ретикуло-эндотелиальной системы и др.).

Среди сульфаниламидорезистентных больных оказалось значительное число с осложнениями главным образом простатитами, а также везикулитами, литтреитами, периуретритами и стриктурами. Сравнительно мало препятствовали эффекту сульфаниамидов эпидидимиты.

Механизм резистентности в этих случаях связан не только с изменением условий кровообращения, но главным образом с повышенным образованием в осложненных очагах парааминобензойной кислоты, подавляющей действие сульфаниамидов; антисульфаниламидный ее эффект развивается в отношении: 1 часть кислоты к 20—30 частям сульфаниамидов; ее наличие, таким образом, благоприятствует жизнедеятельности микроорганизмов.

Не менее двух третей случаев сульфаниламидорезистентности связано с резистентностью штаммов гонококков.

Группы больных, заболевших от одного источника, одинаково относятся к лечению сульфаниламидами. Е. К. Дахшлейгер, проследив течение болезни у ряда партнеров, показал, что сульфаниамидоустойчивые формы гонококков, переходя к партнеру, сохраняют свою устойчивость.

Влияние предшествующей сульфаниамидной терапии на сульфаниамидорезистентность гонорреи изучалось в N-ском госпитале в первом полугодии 1944 г. Полученные данные отражены в табл. 37.

Таблица 37

Количество больных, оказавшихся сульфаниамидорезистентными (процент к общему числу больных) по каждой форме гонорреи

Форма гонорреи	Не принимавшие раньше сульфаниамидов	Принимавшие раньше сульфаниамиды
Острый передний уретрит	24,3	52,0
Острый тотальный уретрит	29,5	66,6
Хронический уретрит . . .	31,2	64,1

Лечение в прошлом сульфаниламидами любых заболеваний — гонорреи, пневмонии, ангины — оказалось достаточным для снижения чувствительности макроорганизма к новым приемам сульфаниамидов. В первом квартале 1945 г. в группе больных гонорреей, принимавших ранее сульфаниамиды, резистентных к ним лиц оказалось в два раза больше, чем в группе не получавших сульфаниамидов. Этот факт лег в основу введения в практику предварительной сортировки поступающих в госпитали больных на группы лечившихся и не лечившихся сульфаниламидами, с применением в первой группе до назначения сульфаниамидов методов снижения сульфаниамидорезистентности, что сказалось уменьшением продолжительности лечения всей группы гоноррeйных больных. Зависимость сульфаниамидорезистентности от клинической формы болезни выразилась, по данным Л. Р. Шнейдерова, в следующих относительных показателях: при остром переднем гоноррeйном уретрите — 24,4%, при остром тотальном уретрите — 44,8% и при хроническом уретрите — 47,3%.

Методы преодоления сульфаниамидорезистентности, применявшиеся в годы Великой Отечественной войны. В соответствии с приведенными выше причинами сульфаниамидорезистентности разрешается и вопрос о преодолении ее. Анатомические причины, ограничивающие эффективность сульфаниамидов в каждом отдельном случае, могут быть при внимательном изучении больного установлены и устранены. Клиническая форма гонорреи и, в частности, наличие очагов осложнений также должны приниматься в расчет и подвергаться предварительному лечению до повторного курса сульфаниамидов.

Значительно сложнее обстоит дело с воздействием на микроба и на приобретенную им сульфаниамидорезистентность. Если таковая не особенно значительна, то можно ожидать эффекта от перемены препарата или повышения дозы.

Зарубежные авторы очень быстро меняли свои методы соответственно росту сульфаниамидорезистентности: широко распространенный двухдневный удар сменился трехдневным; за трехдневным последовали

4-, 5- и 6-дневные. К. Н. Демидов в январе — марте 1945 г. имел всего в 33,0% успех при лечении гонореей 20,0 сульфатиазола с местной терапией. Увеличив общую дозу препарата до 30,0, а продолжительность лечения до 6 дней, К. Н. Демидов получил положительные результаты в 67,0% случаев в мае и в 84,6% в июне. Однако в последующие месяцы цифры снова снизились до 53,0% в августе и 29,0% в сентябре. Больные, получившие на курс 40,0 сульфатиазола в течение 7 дней, дали в апреле 1945 г. первичное излечение в 90%, в мае — в 87,5%, в сентябре — в 50,0%, в ноябре и декабре — только в 36,4%. Таким образом, увеличение дозы и продолжительности лечения сульфаниламидами может дать положительные результаты, однако с ростом сульфаниламидорезистентности успешность лечения увеличенными дозами оказывается кратковременной.

Образование повышенного количества парааминобензойной кислоты, являющейся ингибитором для сульфаниламидов, может быть приостановлено лечением, направленным на пораженный очаг, продуцирующий ингибитор; в результате концентрация ингибитора в очаге, в организме в целом резко снижается, и сульфаниламиды могут оказать лечебное действие. По предложению Пастовского, нейтрализация избытка парааминобензойной кислоты может быть достигнута введением в организм большого мочевины в комбинации с сульфазолом. Однако И. Д. Корчемный, пользуясь комбинированным препаратом — уросульфатиазолом по 25,0 на курс, добился устранения резистентности только у 16,0% до того резистентных больных.

М е т о д ы с т и м у л я ц и и. И. М. Порудоминский делит методы устранения сульфаниламидорезистентности на 4 группы: применение антиингибиторов, гипертермии, стимуляторов и антибиотиков. По существу, между методами гипертермии и стимуляторами нет резкой разницы, ибо в механизм действия большинства стимуляторов входит и пирогенный фактор.

Табл. 38, составленная по материалам разработки истории болезни, показывает, что наибольшим распространением пользовались стимуляторы, обладающие пирогенным эффектом, — молоко и скипидар; третье место занимала аутогемотерапия. Остальные методы, указанные в табл. 38, применялись значительно реже.

Количество инъекций стимулирующих веществ доходило до 10 и выше. Около половины больных получало до 3 инъекций. Лечение скипи-

Таблица 38

Сравнительная частота применения отдельных стимулирующих средств для устранения сульфаниламидорезистентности (в процентах к числу сульфаниламидорезистентных больных гонореей)

Стимулирующие средства и методы	Процент больных
Молоко	50,4
Скипидар	24,8
Аутогемотерапия	15,1
Вакцина	5,6
Молоко с вакциной	1,6
Прочие методы	2,5
Всего	100,0

даром проводилось в виде одной, редко двух инъекций. Молоко, вакцину, кровь больного вводили повторно, часто в течение 2—3 недель.

Антиретиккулярная цитотоксическая сыворотка (АЦС) была применена в 0,4% случаев сульфаниламидорезистентности. Сыворотку разводили в 10 раз и вводили под кожу 3—4 раза в дозах 0,3—0,5—0,75 и 1,0 с промежутками в 2—3 дня. И. М. Порудоминский рекомендует применять ее при осложненной гонорее (эпидидимит, простатит), протекающей подостро или хронически, а также при наличии противопоказаний к получению выраженных температурных реакций. Успешные результаты по И. М. Порудоминскому получены в 72,4%. Однако И. Д. Корчемный, получив успех всего в 23,0% случаев, считает антиретиккулярную цитотоксическую сыворотку наименее эффективным методом устранения резистентности. В военных госпиталях она применялась обычно там, где исследование по Лепцинскому внутрикожной пробой с трипановой синькой показывало, что у больных угнетена ретикуло-эндотелиальная система. Действительно, в таких случаях антиретиккулярная цитотоксическая сыворотка давала максимальный терапевтический эффект.

Гонококковая вакцина. Принцип специфического лечения гонорреи гоновакциной подробно разрабатывался в СССР Р. М. Фронштейном и В. Е. Дембской. До введения сульфаниламидов специфическая вакцинация гонорреи всегда дополняла местное лечение уретры. Теоретически наиболее обоснованная аутовакцина клинически оказалась не имеющей особых преимуществ (И. М. Порудоминский); наибольшее распространение получили поливакцины, составленные из 8—12 штаммов гонококков от больных с разными формами болезни. Во время войны госпитали армейского и фронтового района пользовались главным образом поливакциной, а также артигоном (уротропиновая гоновакцина).

Материал разработки историй болезни, касающийся военнослужащих, лечившихся во время войны гоновакциной или гоновакциной в комбинации с молоком, отражен в табл. 39.

Таблица 39

Распределение больных соответственно
дозировке гоновакцины

Дозы вакцины	Процент больных
До 50 млн.	4,0
60—100 *	8,0
120—200 *	10,0
220—500 *	25,0
600—1 000*	31,0
2—5 млрд.	22,0
Всего	100,0

Табл. 40 показывает, что больше половины больных получило свыше 600 млн. микробных тел, в том числе 22,0% — от 2 до 5 млрд. Средние общие дозы от 120 млн. до 1 млрд. получили 66,0% больных. Комбинированное лечение также проводилось достаточно интенсивно — 43,0% больных этой категории получили свыше 10,0 гоновакцины с молоком.

Применение чистой вакцинотерапии дало у И. Д. Корчемного успешные исходы в 56,0% случаев, у Б. И. Краснова (1944) — в 75,0%. Применяя лечение молоком в комбинации с вакциной, Е. И. Ройтштейн (1945) получил в 68,0% случаев положительные результаты. Хорошие результаты получены от ежедневных внутривенных вливаний артигона в дозах 0,2—0,4—0,6—0,8—1,0 с последующим приемом сульфаниламидов.

А у т о г е м о т е р а п и я. Аутогемотерапия включает одновременно элементы специфического действия, поскольку вместе с кровью вводятся парантерально токсины и антитела, и элементы раздражающей белковой терапии. При аутогемотерапии белковые раздражители, действуя ниже порога раздражения, дают в первую очередь лечебный эффект в самом воспалительном очаге. Широкое распространение аутогемотерапии (15,1% больных) объясняется доступностью этого метода, а также тем, что аутогемотерапия уменьшает боли в воспаленных органах и вызывает у больных чувство эйфории. Не будучи в прямом смысле средством, устраняющим сульфаниламидорезистентность, аутогемотерапия в известном числе случаев уменьшает резистентность кокаппы, способствуя рассасыванию воспалительных очагов. Аутогемотерапия является переходным методом к более активной раздражающей терапии.

К о н с е р в и р о в а н н а я к р о в ь. О применении гемолизированной консервированной крови с целью устранения сульфаниламидорезистентности сообщал Г. А. Радовицкий. Кровь вводили 3—4 раза внутримышечно в дозах 10,0—20,0 через день. Одновременно с 4-й инъекции началась сульфаниламидотерапия. Метод, согласно данным автора, оказался эффективнее других.

Негемолизированная консервированная кровь, по данным Н. А. Смородинцева, М. Н. Шагалова и Н. А. Шулепина, оказалась эффективной при лечении осложнений гонорреи. Этот метод сокращал срок лечения эпидидимитов до 8,5 дня, эпидидимитов и везикулитов — до 11 дней, эпидидимитов и простатитов — до 12,8 дня.

Г. К. Андрияси разработал метод лечения сульфаниламидорезистентной, главным образом осложненной гонорреи, внутримышечным введением чужеродной (бараньей) консервированной крови. Кровь заготавливалась в госпитале от лабораторных баранов в стерильные банки объемом 100—200 см³.

На 100 см³ крови добавлялось 10 см³ 10% лимоннокислого натрия. Для лечения применялась кровь со сроком хранения не меньше 10 дней и не больше 3 месяцев.

Больной получал при уретритах 3—4 инъекции, при простатитах — до 6 инъекций от 5 до 12 см³ крови; одновременно с последней инъекцией начинался 3-дневный или 4-дневный курс лечения сульфаниламидами. Промежутки между инъекциями составляли 1—2 дня, в зависимости от температурной реакции; последующая инъекция производилась после падения температуры. Характер реакции: температурная реакция 39—39,5° ниже и короче в неосложненных случаях, выше и продолжительнее при осложнениях, особенно при острых паренхиматозных простатитах (3 и больше дней, слабость, разбитость). Местная реакция проявлялась в виде незначительной боли и припухлости на месте инъекций. Очаговая реакция наблюдалась, подобно таковой при аутогемотерапии, в виде уменьшения болей, воспалительных явлений, спадения отека. У большинства больных наблюдался повышенный лейкоцитоз — до 11 000 — 20 000, РОЭ 11—30 мм в час; успех был достигнут в 92,0% случаев, средний срок лечения 13 дней. Проверка метода в ряде госпиталей подтвердила его эффективность.

Лечение молоком. Устранение сульфаниламидорезистентности инъекциями молока было в годы Великой Отечественной войны самым распространенным методом как в осложненных, так и в неосложненных случаях гонорреи.

Внутримышечные инъекции молока были применены в 52,2% случаев, в том числе в 1,6% в комбинации с вакциной и в 0,2% — с колларголом.

Успешности метода содействовала полная возможность иметь всегда свежий материал в виде натурального коровьего молока, которое обычно и применялось после 10-минутного кипячения. При наличии очагов осложнения рекомендовалось начинать терапию с умеренных доз (3,0—5,0), а для устранения резистентности вводить большие дозы (10,0—15,0—20,0).

М. М. Кузнец, обнаружив повышение сульфаниламидорезистентности в 25,0% случаев, предложил считать все случаи острой гонорреи практически сульфаниламидорезистентными и подвергать их комбинированной терапии (3—4 инъекции молока, сульфаниламиды, орошения), что позволило сократить срок лечения до 10 дней.

Б. И. Краснов применял три инъекции молока: 10,0, 15,0 и 20,0, после чего назначал по 5,0 морфанилпронтальбина в течение 6 дней; при этом методе положительный результат был достигнут в 63,0% случаев.

И. Д. Корчемный получил положительный результат от лечения молоком у 61,0% больных.

Многие авторы применяли инъекции молока в малых и средних дозах (от 2,0 до 5,0) при тотальном уретрите и при гонорройных осложнениях, а также после исчезновения гонококков, при последующем лечении остаточных явлений в придаточных органах.

Ряд венерологов считал терапию молоком недостаточно эффективной, что привело их к комбинированным методам: комбинация молока с вакциной, молока с колларголом. Е. Я. Темкин, применяя смесь молока с 6% колларголом, получил в 72,8% случаев излечение. Сульфаниламиды — сульфидин и сульфазол — назначали в дозе 18,0. Методика применения: 1-й день больной получал 3 см³ молока и 3 см³ 6% колларгола, которые смешивали в одном шприце, на 2-й день — 6,0 сульфидина по 1,0 через 2 часа, на 3-й день — 5,0 сульфидина, на 4-й день — вторая инъекция 5 см³ молока и 5 см³ 6% колларгола и 4,0 сульфидина, на 5-й день — 3,0 сульфидина. Среди не леченных ранее больных, из которых 73,0% были заведомо сульфаниламидорезистентные, 67,6% излечились за 5 дней. Лейкоцитоз равнялся в среднем 12000. В связи с наблюдавшимися инфильтратами на месте инъекции концентрация колларгола у части больных была снижена с 6 до 3%.

Е. И. Коротких, применяя молоко с колларголом, получил в 90,0% случаев успех. Выделения обычно прекращались на вторые сутки после второй инъекции. Следует отметить, что в результате попыток заменить кипячение молока его пастеризацией наблюдались единичные абсцессы, а также флегмоны.

Лечение скипидаром. Согласно данным разработки исторической болезни, метод устранения сульфаниламидорезистентности инъекциями растворов скипидара получил в военных госпиталях довольно широкое распространение и применялся у 24,8% больных, занимая второе место после инъекций молока. При лечении кожных болезней и осложненной гонорреи 10 и 20% растворы скипидара в масле применялись в СССР задолго до Великой Отечественной войны (Г. И. Ланда, Н. Л. Россиянский и др.). А. Д. Шехтер сообщил об успешных результатах, полученных от

применения 40% раствора скипидара при лечении стрептоцидоупорной гонореей. Изучением и уточнением методики терапии скипидаром в период Великой Отечественной войны занимались А. Г. Рыбников и др.

При лечении скипидаром очаговая реакция весьма непродолжительна и быстро подавляется наступающими явлениями нестерильного иммунитета. Это лечение дает наилучшие результаты при острых формах гонореи, в то время как, например, терапия молоком особенно эффективна при подострых осложнениях гонореи.

Лечение скипидаром оказывает сильное действие на лейкопоз: содержание лейкоцитов в крови повышается до 18 000—25 000 в 1 мм³ крови и постепенно снижается. Положительным свойством лечения скипидаром является длительность температурной реакции (4—5 дней), что позволяет ограничиться одной инъекцией. Возможно, имеет место и олигодинамическое действие содержащихся в скипидаре эфирных ароматических масел, которые издавна считались специфическим средством против гонореи.

Для лечения применялись 10, 20, 40 и 50% растворы скипидара. Чтобы устранить резистентность, чаще пользовались 40 и 50% растворами скипидара. Лучшие результаты дал 40% раствор скипидара. Очищенный скипидар растворяли в растительном масле (прованском, персиковом или сезамовом). Специальной добавочной ректификации препарата, как показал опыт, не требуется. Вводили 1—1,5 см³ субпериостально. Противопоказаниями к лечению скипидаром являлись заболевания почек и печени, активный туберкулез легких, интеркуррентные острые заболевания. Перед лечением и в процессе лечения тщательно исследовали мочу.

В первые сутки после инъекции гонорройный процесс слегка обостряется, количество выделений увеличивается, в латентных случаях в выделениях появляются гонококки; на вторые сутки воспалительные явления затихают, выделения уменьшаются и исчезают, уменьшается инфильтрация уретры. Температура тела постепенно повышается, начиная с конца первого дня, и достигает максимума (38,5—39,5°) к концу 3-го дня, после чего постепенно снижается, доходя до нормы на 5-й день лечения. Лейкоцитоз достигает к 3-му дню 15 000—25 000 и, постепенно снижаясь, доходит до нормы к 10—12-му дню. РОЭ повышается до 18—30 мм в час и остается повышенной до 3 недель. Реакция на месте инъекции заключается в появлении довольно сильных болей, приковывающих больного к постели в течение 5—7 дней и составляющих отрицательную сторону лечения скипидаром. Местная припухлость с инфильтрацией глубоких тканей, но без гиперемии кожи, достигает размеров ладони и исчезает к 5—8-му дню. Вторым отрицательным моментом является умеренное раздражение почек, проявляющееся в легкой альбуминурии, от следов белка до 0,6‰ (у 10,0—15,0% больных), держащейся иногда до 7—8 дней.

Время начала приема сульфаниламидов после инъекции скипидара разные авторы предлагали различное. Л. Р. Шнейдеров, чтобы установить оптимальное время начала сульфаниламидной терапии, использовал ряд параллельных групп: в группе, начавшей прием сульфаниламидов через 24 часа, отмечено излечение 75,0% больных; в группе, начавшей прием сульфаниламидов через 48 часов, — 92,5%; в группе, начавшей принимать сульфаниламиды через 72 часа после инъекции, — 77,5%; таким образом, оптимальное начало сульфаниламидотерапии отмечено в период наивысшего подъема температуры, РОЭ и лейкоцитоза — через 48 часов после инъекции.

Большинство больных было излечено при помощи одной инъекции скипидара с последующим курсом сульфаниламидотерапии.

Так, по данным М. Ф. Кожура, в результате одного курса скипидаро-сульфаниламидотерапии было излечено от острого уретрита 92,6% больных, по данным А. Г. Заринова—87,2%, П. Н. Дрожжинова—91,5%, М. С. Намичейшвили—89,0%, Н. С. Ляховицкого—97,1%.

Согласно данным Л. Р. Шнейдерова, одним курсом скипидаро-сульфаниламидотерапии излечилось 90,9% больных, после второго курса—еще 6,2%, после третьего курса—еще 0,9% и после четвертого курса—еще 1,3%. Переведено на другие методы лечения 0,5%.

Лечение серно-масляной взвесью. Серно-масляные взвеси до Великой Отечественной войны применялись как пирогенное средство в концентрации 0,3—2%. В. М. Цейтлин предложил 3% серно-масляную взвесь в качестве средства, устраняющего сульфаниламидорезистентность, по следующей методике: 1-й день лечения—внутримышечная инъекция 1,0 взвеси, на 3-й день—инъекция 1,5 взвеси и начало приема сульфаниамидов. В случае недостаточно яркой температурной реакции на 5-й день лечения вводили 2,0 взвеси. Серно-масляная взвесь при незначительной болезненности дает слабо выраженные местные явления, но вызывает более высокую температурную реакцию, чем прочие средства раздражающей терапии.

Так же как и лечение скипидаром, применение серно-масляной взвеси сопровождается повышенным лейкоцитозом и ускорением РОЭ.

Комбинированный курс серно-масляной взвеси с сульфаниламидами в дозах 15,0—18,0 дал, по В. М. Цейтлину и М. А. Папкратову, излечение в 97,0% случаев, по Г. И. Песецкому, при остром уретрите—в 86,0%, при хроническом—в 77,8%, при осложненной гонорее—в 7,0%.

Е. И. Коротких получил излечение при переднем гонорройном уретрите в 85,1% случаев, при тотальном—в 81,7%, при хроническом—в 79,3%, при простатите—в 80,0% и при эпидидимите—в 82,8%.

Лечение гипосульфитом натрия. На принципиально иной точке зрения в вопросе об устранении сульфаниламидорезистентности стоит И. Д. Корчемный, исходящий из предположения, что в большинстве случаев причиной сульфаниламидорезистентности является гиперергическое состояние организма.

Испытав некоторые детоксицирующие препараты, он нашел, что гипосульфит натрия проявил в организме гонорройных больных наибольшее десенсибилизирующее или антитоксическое действие, а также давал лейкоцитолитический эффект. У 95,0% сульфаниламидорезистентных больных наступило излечение в результате комбинированного лечения орошениями и приема внутрь 4—5 раз в день в течение 5—7 дней по 0,3—0,5 гипосульфита натрия, всего 12,5—17,5. Противопоказаниями являлись сдвиг гемограммы влево и отсутствие эозинофилов.

Лечение осложнений. Лечение осложнений заключалось в применении химиотерапевтических препаратов, средств раздражающей терапии и местных воздействий на очаги осложнений, что ускоряло их рассасывание.

Образование в очагах осложнений больших количеств парааминобензойной кислоты, являющейся ингибитором сульфаниамидов, требует предварительного (до назначения сульфаниламидотерапии) лечения осложнений, и лишь после применения других способов воздействия на очаг поражения назначается сульфаниламидотерапия.

Предварительное назначение больному сульфаниамидов может быть проведено только с целью смягчить воспалительные явления и предупредить распространение заболевания. Лишь при острых эпидидимитах

можно надеяться, что сульфаниламидотерапия даст положительные результаты. При простатитах, везикулитах, куперитах она обычно бывает безуспешной. Поэтому лечение осложнений, согласно материалам разработки, обычно начиналось с аутогемотерапии, лактотерапии, инъекций 10 и 20 % растворов скипидара и других стимуляторов умеренного действия с одновременным применением средств местного воздействия.

Наиболее распространенными формами местного лечения осложнений были тепловые и механические процедуры. Тепловые процедуры применялись в 16,9 % случаев неосложненной гонорреи и в 54,8 % — осложненной; светотепловые процедуры — в 5,8 % неосложненной гонорреи и в 17,9 % случаев осложненной; электротепловые процедуры — при лечении 4,0 % больных неосложненной гонорреей и у 12,5 % больных с осложнениями; механотерапия — в 19,3 % всех случаев гонорреи и в 62,0 % случаев с осложнениями.

Таблица 40

Формы местного лечения осложнений (в процентах)

Тепловые процедуры

Согревающие компрессы	43,9
Сидячие и общие ванны	22,8
Микроклизмы	12,6
Комбинированные процедуры	15,9
Парафиновые аппликации	2,5
Парафиновые клизмы	0,6
Грязь, глина и торф	1,7

100,0

Светотепловые процедуры

Освещение соллюксом	93,2
» кварцевой лампой	4,3
Комбинация указанных облучений	2,5

100,0

Электротепловые процедуры

Диатермия	98,2
УВЧ	1,8

100,0

Механотерапия

Массаж	39,8
Буж	35,0
» и массаж	25,1
Расширители и другие методы	0,1

100,0

Широкое применение физиотерапии явилось результатом накопленного перед Великой Отечественной войной опыта. Об этом свидетельствует и разнообразие применявшихся методов. Следует отметить также, что лечение теплом применялось во всех видах; применение же холода как противовоспалительного средства в практике лечения гонорройных осложнений полностью прекращено.

Довольно широкое применение получила диатермия, которая прочно завоевала себе место как весьма эффективное средство теплового воздействия, образующее тепло там, куда не может проникнуть никакое экзогенное

тепло. По историям болезни не удалось отметить отрицательных результатов этого метода.

В ряде госпиталей применялось также грязе-, торфо- и глинолечение простатитов и эпидидимитов. Внекурортное лечение гонорройных осложнений грязью разработали Н. Ф. Лежнев, Б. Ф. Печерский, И. С. Бейрах и А. Е. Кочетов. Особенно эффективным при простатитах оказалось интра-ректальное применение грязи в форме клизмочек. Клизмочки температуры от 40° до 55° назначались от 10 до 25 раз, в зависимости от формы и течения простатитов.

А. Е. Кочетов пользовался для грязевых клизмочек шприцем Жане в 200 см³ со специальным наконечником длиной в 6—7 см и диаметром в 2 см. Более доступным и не менее эффективным был метод лечения простатитов парафиновыми клизмочками (разработанный Ленинградским дермато-венерологическим институтом).

Техника парафиновых клизмочек состояла в следующем. Мелко нарезанный парафин или амбрин нагревали на водяной бане в эмалированной или металлической кружке. Расплавленный парафин охлаждался до требуемой температуры и вводился при помощи резиновой груши вместимостью в 120 см³ с резиновым наконечником лежащему на боку с согнутыми ногами больному. Минимальная температура клизмочки 58°, максимальная — 65°. Температура с каждым сеансом повышалась. Резиновая груша перед применением должна быть разогрета во избежание охлаждения и застывания парафина во время процедуры. После введения парафина больной ложится на живот для равномерного обтекания области простаты. Через час клизма выпускается. Чередование парафиновых клизм с диатермией и массажем вызывало, по материалам Л. Р. Шнейдерова, полное рассасывание фолликулярных простатитов с санацией сока в течение 18—21 дня, везикулитов в течение 30—35 дней. Высокоэффективными оказались также парафиновые аппликации, применявшиеся через день по часу (температура 60—70°) при эпидидимитах, кавернитах, куперитах и литтреитах. В ряде госпиталей были отмечены хорошие результаты лечения некоторых форм осложненной гонореи облучениями ртутно-кварцевой лампой Баха.

Местное лечение гонореи. В период Великой Отечественной войны местное лечение гонорройного уретрита имело небольшое значение. Только при лечении 16,7 % больных была применена исключительно местная терапия, во всех остальных случаях она комбинировалась с сульфаниламидной терапией. Из методов местной терапии преобладало орошение уретры, для чего применялись растворы марганцовокислого калия (97,2 %), иногда в сочетании с янтарем, протарголом и другими бактерицидными препаратами (14,8 %).

Орошения растворами марганцовокислого калия — наиболее эффективный вид терапии. Они вызывают гиперемию и сильный отек слизистых оболочек, насыщают ткани отщепляющимся кислородом и, создавая неблагоприятные условия для размножения факультативно-анаэробных гонококков, вызывают ток тканевой жидкости в полость уретры с вымыванием гонококков и усиленную секрецию уретральных желез. При сочетании орошения марганцовокислым калием с серебряными солями присоединяется бактерицидное действие последних, что повышает терапевтический эффект орошений.

У 1,0 % больных орошения производились только серебряными солями. Орошения раствором оксидантной ртuti применялись главным образом при послегонорройных уретритах.

Сочетание сульфаниламидной терапии с местными процедурами на уретре повышало эффективность сульфаниламидов.

Р. М. Фронштейн при комбинации стрептоцида с местной терапией получал излечение в 90,0 %.

Л. Р. Шнейдеров (1943—1944) в Н-ском госпитале, комбинируя внутренний прием 6,5 сульфидина с орошениями уретры марганцовокислым калием, получил при остром переднем гонорройном уретрите излечение в 83,9 % случаев, при тотальном уретрите — в 51,8 %, при хроническом гонорройном — в 77,3 %.

Метод орошения уретры раствором марганцовокислого калия имеет серьезные практические недостатки, трудно устранимые в обстановке походной: 1) оно должно проводиться регулярно, без чего теряется его эффективность, и лечение затягивается на неопределенное время, поэтому орошения уретры давали хорошие результаты только в стационарных условиях; 2) при незначительных нарушениях техники возникают осложнения.

В связи с этим у 6,5 % больных орошения заменяли спринцеваниями уретры бактерицидными препаратами серебра.

Быстрый переход уретрального процесса под влиянием сульфаниламидов из острой формы в подострую позволил применять более концентрированные растворы серебряных солей для местной терапии.

Л. Р. Шнейдеров показал сравнительную эффективность различных комбинаций общей дозы сульфидина в 6,5—10,0, вводимой внутрь (через рот), с местным спринцеванием. Одна группа больных получала спринцевание 0,25 % раствором ляписа, другая — 2 % раствором протаргола, третья — 5 % раствором протаргола, контрольная группа получала орошения. Результаты приведены в табл. 41.

Таблица 41

Сравнительные результаты спринцеваний уретры различными лекарственными веществами

Клиническая форма	Положительные результаты (в %)			
	при орошении раствором марганцовокислого калия	при спринцевании 5 % раствором протаргола	при спринцевании 2 % раствором протаргола	при спринцевании 0,25 % раствором ляписа
Острый передний уретрит	83,9	78,5	88,1	86,5
Острый тотальный уретрит	51,8	57,8	83,4	85,4
Хронический уретрит	77,3	79,6	92,0	91,3

Как видно из табл. 41, некоторое улучшение наблюдается при лечении переднего уретрита серебряными солями, особенно 2 % протарголом, но особенно благоприятное действие оказывали спринцевания серебряными солями при тотальном и хроническом уретрите. Благотворное действие серебряных солей на тотальные уретриты и уретродиститы известно давно, хотя эти соли применялись раньше в виде инстилляций. Более крепкие концентрации серебряных препаратов дали худшие результаты, чем средняя концентрация, что опровергает предложения зарубежных

авторов применять более крепкие растворы серебряных солей в форме так называемого суперабортивного лечения.

Продолжительность лечения гонорреи. Одним из объективных показателей успешности применяемых методов терапии является длительность лечения больных, исчисляющаяся сроком пребывания больного в лечебном учреждении. Средняя продолжительность лечения за весь период войны была равна 25,9 дня.

Ниже (табл. 42) приведено число дней лечения больных гонорреей по годам войны.

Во второй год войны отмечается незначительное увеличение продолжительности лечения. Показатель продолжительности лечения во второй год войны можно принять за исходный, так как число заболеваний в первый год войны было крайне незначительно и потому показатель может быть недостаточно точен. В дальнейшем количество койко-дней из года в год падало, снизившись на третий год войны по сравнению со вторым годом на 3,1 дня, на четвертый год по сравнению с третьим годом — на 1,8 дня. Такое снижение свидетельствует о прогрессивном улучшении методики лечения, тем более что отмечавшийся из года в год рост сульфаниламидо-резистентной гонорреи должен был, казалось бы, неминуемо вызвать удлинение сроков лечения.

Отдельные венерологи отмечают еще меньшее число койко-дней, чем указано выше.

В специализированных госпиталях, при наличии главным образом осложненных заболеваний, наблюдались более длительные сроки лечения гонорреей, колебавшиеся в первом квартале 1945 г. от 38 до 47 дней.

По данным А. Г. Рыбникова, с августа 1944 г. по апрель 1945 г. продолжительность лечения острой гонорреи в среднем колебалась в пределах 17,5—7,3 дня, а хронической — в пределах 33,8—15,6 дня.

Автор связывает снижение числа койко-дней с настойчивым введением энергичных методов устранения сульфаниламидорезистентности.

А. Д. Шехтер приводит следующие сроки лечения (табл. 42).

Таблица 42

Год	Гоноррея	
	острая	хроническая
1942	36,0	54,3
1943, II квартал	22,5	25,0
III »	17,0	27,0
IV »	9,0	12,1
1944	10,1	14,0

Резкое снижение показателей автор объясняет организацией в 1943 г. специализированного госпиталя, в котором проводилось тщательное изучение новых методов лечения гонорреи, наиболее эффективные из которых последовательно внедрялись в практику войсковых и армейских лечебных учреждений.

Выявление больных в ранние периоды болезни и применение средств раздражающей терапии позволили в течение второго полугодия 1943 г. максимально снизить количество койко-дней.

Однако и на материале специализированного госпиталя все же сказалось влияние возрастающей сульфаниламидорезистентности.

Как показывает материал углубленной разработки историй болезни, в течение 2 недель (сроки нормального лечения неосложненных случаев) было излечено 32,4% больных неосложненной гонорреей и 38,4% болевших передней острой гонорреей. Такой же примерно процент излечения был получен в осложненных случаях на одну неделю позже. К 3 неделям было уже излечено свыше 50,0% всех больных и до 75,0% больных передним острым уретритом.

Из числа осложнений наиболее благоприятно протекали эпидидимиты; простатиты излечивались в более длительные сроки. Еще дольше затягивалось лечение таких осложнений, как везикулиты, артриты и другие одиночные и сочетанные осложнения. Эти данные подтверждают положение Амирадова, который указывает, что простатиты, особенно паренхиматозные, труднее поддаются излечению, чем эпидидимиты.

Факторами, влиявшими на продолжительность лечения, могут быть прежде всего сроки обращаемости больного к врачу и время госпитализации больных, сроки начала лечения, наличие осложнений, методы лечения, применявшиеся на этапах эвакуации и в лечебном учреждении, где достигнуто излечение больного.

Сроки обращаемости к врачу и госпитализации гонорройных больных

Своевременная обращаемость гонорройного больного к врачу и ранняя госпитализация его являются основными факторами предупреждения осложнений и более быстрого возвращения больного в строй. Своевременная обращаемость достигается в результате целеустремленной санитарно-воспитательной работы. Г. Ф. Пехур отмечает в 1944 г. увеличение обращаемости в первые 7 дней после заражения с 29,4 до 47,5% больных гонорреей, а в первые 2 недели — до 85,0% больных. Он считает, что это явилось результатом хорошей работы армейской венерологической сети.

А. Д. Шехтер приводит следующую таблицу сроков обращаемости больных к врачу и их госпитализации (табл. 43).

Таблица 43

Сроки обращаемости и госпитализации больных (в процентах)

Сроки обращаемости и госпитализации	Июль 1944 г.		Сентябрь 1944 г.		Январь март 1945 г.	
	обращаемость	госпитализация	обращаемость	госпитализация	обращаемость	госпитализация
До 5 дней . . .	28,0	9,5	53,0	14,0	70,0	37,0
6—10 » . . .	18,0	18,5	20,0	16,0	18,0	34,0
11—20 » . . .	17,0	23,0	12,0	18,0	8,0	19,0
21—30 » . . .	19,0	22,0	4,0	26,0	2,5	5,0
Свыше 30 дней	18,0	27,0	11,0	26,0	1,5	5,0
Итого . . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Обращаемость к врачу в первые 5 дней заболевания возросла с 28,0 до 70,0%, в первые 10 дней — с 46,0 до 88,0%, в первые 20 дней — с 63,0 до 96,0%. Госпитализация соответственно возросла в первые 5 дней с 9,5 до 37,0%, в первые 10 дней — с 28,0 до 71,0%, в первые 20 дней — с 51,0 до 90,0%.

Следует, конечно, иметь в виду, что показаний к 100% госпитализации больных гонорреей не бывает, так как некоторое количество их лечится в частях, на ДМП и в гарнизонных поликлиниках; эта группа госпитализируется только в случае безуспешности лечения или осложнений. Учитывая это обстоятельство, следует считать сроки обращаемости больных вполне удовлетворительными.

Как сказались сроки начала лечения на продолжительности лечения больных, показывают данные табл. 44.

Таблица 44

Продолжительность лечения острых форм мужской гонорреи сульфаниламидами в зависимости от сроков начала лечения после заболевания (в процентах)

Длительность лечения	Процент излечения при начале лечения				
	до 3 дней	4—5 дней	6—14 дней	свыше 15 дней	в среднем по всем группам
До 7 дней	3,8	4,3	5,2	4,9	4,3
» 14 »	18,3	35,2	29,9	26,4	25,8
» 21 дня	31,2	60,8	51,9	53,0	45,8
» 28 дней	44,7	74,8	66,6	66,7	60,0
» 1½ месяцев	67,7	90,7	84,9	84,6	79,9
» 2 »	83,8	95,7	92,5	92,4	90,1
» 3 »	96,9	98,4	97,7	98,5	97,5
» 4 »	99,2	99,7	99,0	99,4	99,1
» 6 »	99,9	100,0	100,0	99,9	100,0

Табл. 44 подтверждает, что наиболее благоприятным временем начала лечения сульфаниламидами, дающим возможность излечения гонорреи в кратчайшие сроки, являются 4—5 дней после заболевания, когда процесс не успел еще распространиться, дать осложнения на придаточные железы, но уже успели образоваться иммунные тела. Это подтверждается анализом исходов лечения обеих групп острого уретрита — переднего и тотального: процент больных, заканчивающих лечение в течение 2—3 недель при начале лечения в первые 3 дня после заболевания, в 2—3 раза ниже процента выздоравливающих в те же сроки, но начавших лечение на 4—5-й день.

Те же данные свидетельствуют, что при начале лечения в более поздние сроки продолжительность лечения не уменьшается, но неизмеримо больше возрастает опасность осложнений.

Продолжительность лечения осложнения зависит не только от его начала, но и от того, в каком периоде болезни возникло осложнение. Чем позже после начала заболевания появляется осложнение, тем труднее оно поддается лечению. Появление осложнения в первые дни болезни, когда организм еще способен в полной мере мобилизовать защитные силы, позволяет быстрее справиться с осложнением. Появление же осложнения в более позднем и спокойном периоде процесса уже само по себе свидетельствует о недостаточном развитии у больного защитных сил и, повидимому, неспособности мобилизовать их в достаточной степени не только для предупреждения осложнения, но и для быстрой его ликвидации (табл. 45).

Чем дольше длится заболевание, тем чаще наблюдаются осложнения. Поэтому в течение первого месяца удается излечить, как это видно

Т а б л и ц а 45

Продолжительность лечения и время развития осложнений после начала заболевания (в процентах)

Продолжительность лечения	Время развития осложнений					
	до 7 дней	8—14 дней	15—30 дней	31—45 дней	свыше 45 дней	средний показатель
До 14 дней	16,1	6,0	3,4	—	5,0	6,4
15—21 день	22,0	14,5	9,3	10,1	5,0	11,9
22—28 дней	11,9	10,8	5,1	3,4	1,4	6,2
Итого выздоровело за месяц	50,0	31,3	17,8	13,5	11,4	24,5
29—45 дней	25,4	33,7	27,1	13,5	9,3	19,7
46—60 »	11,0	7,2	28,0	23,6	3,6	14,2
61—90 »	9,3	14,5	16,9	33,7	13,6	18,1
Свыше 3 месяцев	4,3	13,3	10,2	15,7	62,1	23,5
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

из табл. 45, 50,0% осложнений, возникших на первой неделе болезни, 31,3% развившихся на второй неделе, 17,8% появившихся на третьей и четвертой неделе, 13,5% появившихся в первой половине второго месяца и 11,4% осложнений, возникших еще позже. 62,1% больных последней группы потребовали лечения свыше 3 месяцев.

Успешность лечения зависела также и от того, подвергались ли лечению (табл. 46) больные до поступления.

Т а б л и ц а 46

Распределение Сольных гонорреей, леченных впервые и повторно, по срокам лечения (в процентах)

Категория больных	Срок лечения		
	1—14 дней	15—28 дней	свыше месяца
Леченные ранее (69,0)	26,8	38,6	34,6
Нелеченные (31,0) : : :	33,7	38,7	27,6

Как видно из табл. 46, 69,0% больных лечились уже до поступления в лечебное учреждение. Из них 49,9% принимали только сульфаниламиды, 29,0% — сульфаниламиды и орошение. Не леченные раньше выздоравливали значительно быстрее, чем прибывшие после неудачного лечения на предыдущих этапах. Это подтверждает приведенное выше положение, что предшествовавшее лечение сульфаниламидными препаратами повышает резистентность больного и удлиняет сроки его лечения. Следующим моментом, способным влиять на продолжительность лечения больного,

являются правильные и рациональные методы лечения, применявшиеся во время болезни при различных формах гонорреи (табл. 47).

Таблица 47

Распределение больных гонорреями по срокам лечения в зависимости от методов лечения (в процентах)

Метод лечения \ Клиническая форма гонорреи и срок лечения	Острый передний уретрит			Острый тотальный уретрит			Хронический уретрит		
	15 дней	30 дней	свыше 30 дней	15 дней	30 дней	свыше 30 дней	15 дней	30 дней	свыше 30 дней
Сульфаниламиды	66,6	90,7	100,0	48,8	86,9	100,0	48,6	70,8	100,0
Орошения	30,2	69,3	100,0	15,1	52,2	100,0	40,6	70,3	100,0
Сульфаниламиды и спринцевания	59,7	93,2	100,0	28,0	92,0	100,0	75,0	100,0	—
Сульфаниламиды и орошения	37,7	77,6	100,0	17,4	55,3	100,0	20,2	59,2	100,0
Прочие методы	43,6	71,4	100,0	17,5	61,9	100,0	39,9	69,5	100,0

Согласно табл. 47, самые короткие сроки лечения клинических форм гонорреи отмечены в первую очередь при комбинированном лечении гонорреи сульфаниламидами и спринцеваниями и во вторую очередь — только сульфаниламидами. При комбинации сульфаниламидов с орошениями сроки лечения больше, но в эту группу входят и те больные, которые безуспешно лечились одними сульфаниламидами. Лечение гонорреи только сульфаниламидами, как показывает табл. 47, требует более длительных сроков, чем комбинированным методом (со спринцеваниями). Табл. 48 показывает осложнения гонорройного процесса при различных методах лечения.

Таблица 48

Осложнения гонорреи при различных методах лечения (в процентах)

Клиническая форма гонорреи и ее осложнения	Метод лечения гонорреи			
	сульфаниламиды	сульфаниламиды и местная терапия	местная терапия	в среднем по всем методам
Гоноррея без осложнений	97,6	90,0	89,7	90,7
Гонорреи с осложнениями	2,4	10,0	10,3	9,3
Осложнения				
Простатиты	0,3	5,7	6,1	5,2
Эпидидимиты	0,9	2,1	2,2	2,0
Литтреиты	0,6	0,6	0,4	0,6
Прочие одиночные осложнения	0,3	0,3	0,4	0,3
Сочетанные осложнения	0,3	1,3	1,2	1,2

Табл. 48 показывает, что количество осложнений при чисто сульфаниламидной терапии в 4 раза меньше, чем при комбинированной терапии и при местном лечении. Причину этого следует искать в провоцирующем действии местной терапии, а главным образом в том, что комбинированному лечению подвергались более упорные и тяжелые случаи заболеваний гонорреей. Возможно, что часть осложнений, наступающих при сульфаниламидной терапии, не могла быть учтена, поскольку больные были переведены на другие методы лечения и учитывались в другой соответствующей группе.

Объем и сроки лечения гонорреи на этапах эвакуации. Лечение проводилось на всех этапах эвакуации, однако на ДМП, где по понятным причинам лечение гонорреи не могло широко проводиться, закончило лечение только 1,8% больных.

В первые годы Великой Отечественной войны основная масса гонорройных больных лечилась в армейском районе — в отделениях госпиталей для легко раненых, а во фронтовом — в венерологических отделениях эвакогоспиталей и в специализированных эвакогоспиталях. С 1944 г. специализированные венерологические госпитали размещались уже в армейском районе. В связи с этим общее количество больных гонорреей, леченных в армейском районе, равно за все годы войны всего 32,5%, а во фронтовом — 59,6%. В гарнизонных амбулаториях, поликлиниках и госпиталях тылового района лечилось 6,1%.

Табл. 49 показывает методы лечения, применявшиеся на различных этапах эвакуации.

Таблица 49

Распределение больных по методам лечения гонорреи, применявшимся на различных этапах эвакуации (в процентах)

Метод лечения	Этап лечения			
	войско- вой район	армей- ский район	фронт- вой рай- он	тыловой район
Сульфаниламиды . .	15,2	7,6	8,7	8,1
Орошения	16,4	11,5	12,2	11,2
Комбинация сульф- аниламидов и оро- шений	50,6	62,3	63,0	63,3
Прочие методы . . .	17,8	18,6	16,1	17,4
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Наибольший процент больных закончил лечение в короткие сроки на ДМП. В известной мере это относится и к госпиталям армейского района. В специализированных госпиталях, где концентрировались больные с наиболее тяжелыми формами болезни, сроки лечения были самые большие.

На ДМП шире пользовались только сульфаниламидами или только орошениями, тогда как в госпитальной практике преобладали комбинированные методы лечения.

Р е ц и д и в ы. Рецидивам относятся возвраты гонорреи, носящие острый характер и являющиеся результатом возобновления жизнедея-

тельности гонококков, сохранившихся в одном или нескольких очагах. Рецидивы—не менее важный показатель качества лечения, чем его продолжительность.

Рецидивы всегда считались свойственными гоноррее как инфекции, часто принимающей хроническое течение в связи со слабой склонностью к самоизлечению (М. Г. Заке и И. М. Порудоминский).

Рецидивы гонорреи в период Великой Отечественной войны установлены у 5,0% больных.

В табл. 50 приводится распределение всех случаев рецидивов по срокам их наступления. Из таблицы видно, что 43,7% рецидивов наступали в течение первых 2 недель, в основном в течение первой недели, затем количество рецидивов прогрессивно падало и достигало минимума на шестой неделе после окончания лечения; после этого срока отмечается снова тенденция к росту рецидивов, сначала незначительная, а после 2 месяцев составляющая около трети всех рецидивов.

Таблица 50

Время появления рецидивов после
окончания лечения

Время появления	Процент случаев
До 7 дней	32,1
» 14 »	11,6
» 21 дня	6,5
» 28 дней	3,7
» 35 »	7,5
» 42 »	1,4
» 49 »	2,8
» 60 »	3,2
Свыше 2 месяцев . .	31,2
Всего	100,0

Однако есть основания полагать, что подавляющее большинство этих поздних «рецидивов» представляет собой повторную инфекцию. Клиническая картина рецидива не отличается обычно от первичной клиники острого уретрита, уретроскопическое же обследование таких больных производилось редко; кроме того, очаговые изменения, выявление которых могло бы помочь установлению диагноза, затухивали в островоспалительном состоянии слизистой. Поэтому группу «рецидивов», наступающих после 6 недель, следует считать сомнительной. Вопрос о причинах рецидивов, появляющихся в течение первой недели, тесно связан с вопросом о критерии излеченности гонорреи.

Исходы лечения гонорреи

Исходы лечения гонорройных больных отражены в табл. 51 и 52. Табл. 51 освещает исходы лечения гонорреи в зависимости от методов лечения. При комбинированном лечении, как видно, наблюдался наибольший процент излечения и наименьшее число последствий осложнений.

Таблица 51

Исходы заболевания (в процентах) в зависимости от методов лечения

Исходы \ Метод лечения	Сульфаниламиды	Местное лечение	Комбинированное лечение
Ликвидация клинических проявлений	45,1	35,8	34,9
Полное (клиническое и «лабораторное») выздоровление	38,3	43,9	57,2
Постгонорройный катарр	2,5	4,1	1,9
Клинические последствия осложнений	3,3	3,7	0,1
Переведено на амбулаторное лечение	4,9	10,6	3,5
Переведено в другие лечебные учреждения	5,9	1,9	2,4
Итого	100,0	100,0	100,0

Таблица 52

Исходы лечения (в процентах) при различных формах гонорреи

Исходы \ Клиническая форма гонорреи	Острый передний уретрит	Острый тотальный уретрит	Хронический уретрит	Репиди-вирующий уретрит	Постгонорройный уретрит
Полное клиническое выздоровление	38,6	30,9	38,2	32,8	31,7
Клиническое и «лабораторное» выздоровление	54,1	56,5	49,1	55,6	58,7
Постгонорройный катарр	1,9	2,0	2,2	4,0	3,3
Клинические последствия осложнений	0,2	3,6	3,0	2,0	—
Переведено на амбулаторное лечение	3,6	4,9	5,1	3,6	5,8
Переведено в другие лечебные учреждения	1,6	2,1	2,4	2,0	0,5
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Преобладание клинического критерия излеченности при лечении только сульфаниламидами объясняется тем, что данная терапия применялась главным образом на ДМП, где профиль лабораторий не всегда давал возможность производить бактериоскопический контроль излечения.

Исходы лечения следует считать вполне благоприятными. Перевод на амбулаторное лечение по исчезновении заразных проявлений, который широко практиковался в армиях других воюющих стран, в Советской Армии имел место в среднем в 4,3%, преимущественно в гарнизонах тыла,

где имелись хорошо оснащенные поликлиники и диспансеры. Отличным показателем является и крайне малый процент остаточных явлений в результате имевшихся гонорройных осложнений после госпитального лечения.

Нужно отметить малое количество резидуальных постгонорройных катарров, которые в прежнее время оставались надолго у большинства больных, леченных только местной терапией.

Пенициллинотерапия гонорреи. Метод лечения гонорреи пенициллином был разработан во вторую половину Великой Отечественной войны и начал вводиться в практику лечения гонорреи в госпиталях Советской Армии лишь в последний год войны. Ввиду этого количество леченных пенициллином гонорройных больных, вошедших в общую статистическую разработку, оказалось столь незначительным, что не могло быть подвергнуто статистическому анализу. Поэтому опыт лечения гонорреи пенициллином рассматривается отдельно на основании отчетов и сообщений тех госпиталей, в которых этот метод более широко применялся.

Пенициллин — наиболее активное противогонорройное средство, удовлетворяющее основным требованиям химиотерапии и, в частности, минимальной органотропности. Из одиннадцати более или менее изученных видов пенициллина четыре, обозначаемые буквами F, G, K, X, представляют для нас практический интерес. Наиболее эффективным в отношении гонококка является пенициллин X (пара-гидроксibenзилпенициллин).

Эффективная концентрация пенициллина в отношении гонококковой инфекции равна приблизительно 0,1 единицы на 1 мл плазмы крови. При внутримышечном введении максимальная концентрация достигается уже через 15—30 минут, а выделение начинается через 5—10 минут. Через час концентрация пенициллина в крови падает почти в 10 раз, а через 2 часа остаются только следы. До 60,0% пенициллина выделяется с мочой.

Микроскопическая картина гноя гонорройного больного при лечении пенициллином показывает чрезвычайно своеобразную картину быстрого изменения морфологии гонококка с появлением гигантских шарообразных форм, плохо окрашивающихся и в дальнейшем подвергающихся литическому распаду.

При лечении сульфаниламидами гонококки исчезают без явной картины лизиса, повидимому, в результате усиления фагоцитоза. Уже по одному этому нельзя ставить знак равенства между механизмом действия пенициллина и сульфаниамидов на гонококка.

Пенициллин оказывает прямое разрушающее действие на гонококка как в пробирке, так и в организме. В отличие от сульфаниамидов действие пенициллина не ослабевает в присутствии крови, гноя и других воспалительных продуктов, а также альфа-парааминобензойной кислоты, поэтому наличие осложнений в виде открытых или замкнутых очагов воспаления не является противопоказанием к его назначению. Ослабить эффект лечения может только слабая васкуляризация, препятствующая достаточной концентрации пенициллина в данном очаге (твердый инфильтрат, рубцовая ткань), или, например, грануляционная ткань. Иногда эффективности пенициллинотерапии мешает отечность полового члена на почве воспаления и другие местные расстройства кровообращения с замедлением кровяного тока, вследствие чего концентрация пенициллина в этом очаге снижается. Меры, направленные к усилению кровообращения в этом участке, способствуют успешности пенициллинотерапии,

Пенициллин обладает оптимумом действия по отношению к активно делящимся клеткам, поэтому усиленное размножение гококков, происходящее в результате провокационных мероприятий или пирогенных факторов, обуславливает лучший терапевтический эффект. Нужно думать, что благоприятное действие пиротерапии на усиление эффекта от пенициллина реализуется в результате не только действия повышенной температуры на процессы взаимодействия пенициллина и микроба, но и благодаря более оживленным процессам деления гококков при повышении температуры у больного.

Для лечения гонорреи пенициллин применялся обычно в виде внутримышечных инъекций. Можно вводить пенициллин и путем капельных внутривенных вливаний. С целью местного воздействия применяли вкапывания (при бленоррее) и инъекции (в полость сустава при артрите) и т. д. Получает распространение форма применения пенициллина внутрь. Для внутримышечных инъекций пенициллин растворяли в физиологическом растворе из расчета 10 000—20 000 единиц в 1 см³ жидкости. Общие дозы пенициллина, дающие при гоноррее эффективную концентрацию в организме, колеблются между 100 000 и 600 000, разовая — между 20 000 и 100 000 единиц с интервалами в 1—2 часа; результаты, полученные при одинаковых методах лечения у разных авторов и в разных лечебных учреждениях, различны.

Н. С. Ляховицкий излечивал сульфаниламидоустойчивые формы за 1½—2 дня, вводя по 75 000—150 000 единиц пенициллина ВИЭМ. И. М. Порудоминский при общей дозе в 100 000 единиц получил в 91,0% случаев благоприятный исход, причем у двух третей леченных им больных имели место осложнения. При неосложненной же гоноррее доза в 150 000—200 000 единиц давала излечение в 96,0—97,0% случаев.

Е. И. Ройтштейном проведена анкета относительно дозировок пенициллина (общей и разовой), интервалов, процента эффективности, методов усиления эффективности и способов сохранения препарата. Все авторы рекомендуют дозу не меньше 200 000 единиц: А. М. Кричевский, например, при острой неосложненной гоноррее вводит не меньше 200 000, при хронической — не меньше 300 000, при осложненной гоноррее — 500 000—600 000—800 000, в зависимости от характера осложнения. Н. А. Торсуев считает, что дозы меньше 200 000 могут в случае неудачи привести к пенициллиноустойчивым штаммам.

Наблюдавшиеся явления пенициллинорезистентности поставили в порядок дня вопрос о методике усиления эффективности пенициллинотерапии. Повышение эффективности было достигнуто теми же методами, о которых упоминалось в разделе о сульфаниламидорезистентности: вакцинотерапия, лактовакцинотерапия, пиротерапия. Пиротерапия методом инъекций серы, скипидара, молока, молока с колларголом, вызывая повышение температуры, способствует образованию молодых форм гококка, особенно чувствительных к пенициллину. Ряд советских авторов, по данным упомянутой анкеты, в целях подготовки больных к пенициллинотерапии проводит предварительно иммунотерапию.

Ряд авторов рекомендует комбинированное лечение гонорреи пенициллином и сульфаниламидами. А. М. Кричевский считает назначение сульфаниламидов до начала лечения пенициллином противопоказанным, так как пенициллин сильнее всего действует на активно размножающиеся формы микробов. И. И. Потоцкий же, наоборот, наблюдал лучшие результаты при острой гоноррее, если больной перед пенициллинотерапией провёл курс сульфаниламидотерапии.

Следует думать, что в случаях сульфаниламидорезистентности нет смысла сопровождать пенициллинотерапию повторной дозой сульфаниламидов. Однако нет основания отказываться от применения их после курса пенициллина, если после пенициллинотерапии клинические проявления болезни (выделения, помутнение мочи) на некоторое время задерживаются, а микробов в мазках уже нет.

А. Д. Шехтер приводит сводные таблицы лечения гонорреи в войсковых лечебных учреждениях внутримышечными инъекциями пенициллина по 10 000—50 000 единиц через 2—3 часа при общей дозе в 100 000—200 000 единиц. Излечение было достигнуто после одного курса пенициллинотерапии у 94,5% больных. Лучшие результаты наблюдались при острой гоноррее — 95,5% излечения, при хронической — излечение отмечено в 93,4%. Однако разные врачи, как видно из табл. 53, получили далеко не одинаковые результаты.

Таблица 53
Результаты лечения гонорреем одним курсом пенициллина

Автор	Отрицательные результаты (в процентах к числу больных)	
	острая гоноррея	хроническая гоноррея
Панкратов	9,1	8,1
Авербах и Кокуркин	11,0	8,6
Тобинский и Хесип	2,6	6,2
Ротштейн	2,8	3,4
Шейн	11,9	1,8
Пушкарев и Донде	8,6	4,6
Левитин	7,0	23,0
Маточенко	7,1	12,5
Темкин	1,1	2,9

Из табл. 53 видно, что успех при лечении пенициллином (один курс колебался между 70,0% (Левитин) и 96,0% (Темкин)). Нужно учесть, что статистики авторов, лечивших значительное количество больных в крупных отделениях, дали значительно лучшие цифры, чем статистики авторов, лечивших сравнительно небольшое число больных. Оказалось также, что в противоположность сульфаниламидотерапии каждая последующая группа давала лучшие результаты, чем предыдущая. Все это говорит о роли лучшей организации и технического усовершенствования методики лечения пенициллином на методы лечения этим препаратом.

Наилучшие результаты, как видно из табл. 54, были получены в результате применения доз в 100 000—200 000 единиц, худшие — при дозах ниже 100 000 и свыше 200 000 единиц, что видно из работ и других авторов. Худшие результаты при дозах свыше 200 000 можно отчасти объяснить тем, что большие дозы назначали более тяжелым больным, с различными осложнениями. Приведенный материал не дает, однако, доказательств в пользу обязательной средней дозировки в 200 000 единиц, на чем настаивают многие авторы.

Имеется ли разница в эффективности пенициллинотерапии по отношению к различным формам гонорреи? Приведенные материалы отвечают

Таблица 54

Результаты лечения больных гонорреями в зависимости от доз пенициллина (в процентах)

Доза в тысячах единиц	Результаты	
	отрицательные	положительные
60—96	14,0	86,0
100	2,8	97,2
112	3,5	96,5
125	1,9	98,1
150	4,3	95,7
200	6,2	93,8
250	11,8	88,2
300	14,4	85,6
В среднем	5,5	94,5

на этот вопрос положительно. В среднем при хронической гоноррее число неудач на 2,1% больше, чем при острой. Осложнения, несомненно, могут влиять на исход лечения, однако не каждое осложнение задерживает выздоровление больного. Эпидидимиты и простатиты, как видно из табл. 55, дают даже меньшие цифры неудач, чем гоноррея в целом.

Таблица 55

Количество отрицательных результатов при лечении пенициллином острой осложненной и хронической гонорреи (в процентах)

Осложнение	Гоноррея	
	острая	хроническая
Простатит	3,5	4,8
Эпидидимит	1,1	6,0
Простатит и эпидидимит	—	9,0
Простатит, эпидидимит и везикулит	—	16,0
Везикулит	10,5	37,3
Парауретрит	22,0	15,0
Литтреит и вифльтрат	31,0	16,0
В среднем по всем формам осложненной	6,2	9,8

Такие осложнения, как везикулиты, воспаления парауретральных ходов, твердые инфильтраты и стриктуры, особенно каверниты, папилломатозные циститы, дают наибольшее число неудач. Наличие катаррального простатита не отражается на исходе лечения, и процент успешности лечения тотальных уретритов и катарральных простатитов одинаков. Однако наличие фолликулярного простатита, особенно же паренхиматозного, может быть причиной неудачи первого курса лечения пенициллином и

требует повышенной дозы препарата для создания большей его концентрации в соответствующих очагах.

Левитин подтверждает уже отмеченное положение, что чем раньше начат повторный курс пенициллина, тем более шансов на успех. Он получил положительные результаты в 91,0% случаев, применяя второй курс в течение первой декады после обнаружения рецидива, и только в 40,0% случаев при назначении повторного курса пенициллина через 20—30 дней. Е. И. Ротштейн и Е. Я. Темкин не наблюдали неудач после повторных курсов пенициллина. Все авторы отмечают, что предшествующая неудачная пенициллинотерапия восстанавливает чувствительность гонококка к сульфаниламидам: Е. И. Ротштейн из 11 больных с рецидивами вылечил 5 человек, проведя курс пиросульфаниламидной терапии, хотя раньше эти больные были сульфамидорезистентными.

Сроки выявления безуспешности лечения или рецидива колебались у различных авторов довольно значительно.

Такая значительная разница во времени появления рецидивов при острой и хронической гоноррее заставляет с большой осторожностью относиться к установлению излеченности хронической гонорреи и, в частности, подвергнуть сомнению, насколько правильно рассматривать всякий рецидив позже 2—3 недель после проверки как новое заражение.

Изучение динамики основных признаков болезни во время курса пенициллинотерапии показывает, что уже в течение первых 3 часов в трети всех случаев гонококки исчезали из мазков, а к 6 часам они исчезали в 70,0% случаев при острой и в 62,0%—при хронической гоноррее. При хронической гоноррее клинические ее признаки, характер выделений и мочи начинали изменяться раньше, но держались дольше, чем при острой. Симптомы болезни исчезали у большинства больных в течение первых суток, однако у 7,0% больных острой гонорреей выделения держались до 3 суток, нити оставались в моче при острой гоноррее до 4 суток, а при хронической — до 5 суток. На быстроту исчезновения последующих явлений заметное влияние оказывала последующая сульфаниламидотерапия.

Причины отрицательных результатов лечения гонорреи пенициллином. На основании приведенных материалов мы приходим к следующим выводам: терапевтически активные дозы пенициллина, дающие в среднем одинаковые результаты лечения, лежат в пределах 90—200 тысяч единиц. Колебания от 70,0 до 100,0% при одинаковых дозировках наблюдаются не только у разных авторов, но и у одного и того же автора и в разное время, причем в противоположность практике сульфаниламидотерапии процент положительных исходов с течением времени не понижается, а повышается. Повторные курсы пенициллинотерапии при рецидивах дают в 80,0—100,0% случаев излечение не только при введении более высокой дозы, но часто даже и меньшей дозы. При дальнейших повторных курсах процент излечений понижается. Не поддается лечению 0,25—1,0% всех больных, которых можно отнести к абсолютно пенициллинорезистентным. Остальные неудачи относятся за счет относительной пенициллинорезистентности, причины которой разнообразны, но устранимы.

Пенициллин как биологический продукт отличается чрезвычайной лабильностью титра. Реальный титр может отличаться от официального на 60—65%; он может значительно снижаться в зависимости от условий перевозки и хранения препарата. Поэтому известный процент

неудач приходится на больных, получивших пенициллин, фактически более слабый. Средняя доза в 125—150—200 тысяч уже избавляет от обычных колебаний. Введение пенициллина, реальный титр которого не известен, — одна из самых частых причин безуспешности лечения.

Вторая причина неудач может заключаться в недостаточно внимательном соблюдении техники и методики лечения.

Неудача может зависеть и от неправильной установки показаний.

При бактериологическом диагнозе должны быть найдены типичные внутриклеточные грамтрицательные гонококки. Бактериологически не уточненные острые уретриты, не реагирующие на пенициллин, могут быть вызваны каким-либо другим инфекционным возбудителем, а не гонококком. Точно так же хронические уретриты, не подтвержденные бактериоскопически или бактериологически, могут неправильно трактоваться как неудачи в случае безуспешности пенициллинотерапии, тогда как в действительности были неправильно установлены показания к лечению.

Одной из причин неудач может быть несвоевременное распознавание осложнений. Выше говорилось, что твердые инфильтраты, везикулиты, циститы дают большой процент неудач вследствие недостаточной васкуляризации очагов хронического воспаления, а потому и сниженной концентрации пенициллина в них. Своевременное распознавание такого осложнения позволяет назначить больному лечение, усиливающее эффективность пенициллина, и избежать, таким образом, неудачи.

Методы преодоления относительной пенициллинорезистентности. В целях преодоления относительной пенициллинорезистентности применяются методы лечения, имеющие целью задержать пенициллин в организме, замедлить всасывание его из депо или выделение почками, а также используется введение так называемых дюранных взвесей пенициллина. Вторая группа методов рассчитана на усиление лизирующего и бактерицидного действия пенициллина путем создания особо благоприятных условий взаимодействия между пенициллином и микробом.

К первым методам относится строгий постельный режим, ограничение приема жидкостей. Метод суходождения, рассчитанный на ограничение мочеотделения, не может дать большого эффекта, поскольку водная фильтрация и солевой обмен в почках не идут параллельно. Несколько повысил успешность пенициллинотерапии предложенный Н. Н. Бурденко метод внутривенного вливания 10% раствора хлористого натрия, который вводили два раза — перед первой и третьей инъекцией раствора пенициллина. Более эффективен метод охлаждения места инъекции пузырем со льдом, что вызывает местную ишемию с замедлением всасывания препарата из очага инъекции. Замедляет всасывание пенициллина и содействует более равномерной концентрации его в крови и применение так называемого дюрантного пенициллина.

Предложены водно-масляные эмульсии и масляно-восковые навеси пенициллина.

Л. М. Кенигсберг и Г. И. Бушуева рекомендуют готовить дюрантный пенициллин по следующей прописи: во флакон со 100 000 МЕ пенициллина добавляют 1 см³ декокта салапа, смесь взбалтывают до растворения, а затем добавляют 3,0—4,0 очищенного хлопкового масла и снова взбалтывают. Декокт салапа и хлопковое масло стерилизуют 30 минут на водяной бане. При желании получить пирогенный эффект количество декокта увеличивают до 2,0. После введения 100 000 МЕ пенициллина у всех 25 больных авторы наблюдали излечение,

И. М. Порудоминский, Е. К. Дахшлегер и В. А. Карзанов вводили больным пенициллин, изготовленный Бергольцем на персиковом масле с 2% воска. Авторы рекомендуют дозу в 150 000—200 000 единиц, предпочтительно раздробленную на две инъекции с промежутком в 12 часов.

В. Б. Мирецкий в N-ском госпитале изучал эффективность дюрантного пенициллина, изготовленного на рапсовом масле с 3% воска. Пенициллин пересыпался в стерильную фарфоровую ступку и растирался в мельчайший порошок, после чего пересыпался в ампулу, предназначенную для изготовления дюрантной взвеси. Сюда же по каплям прибавлялась стерильная восково-масляная взвесь. Ампула закрывалась пробкой и энергично встряхивалась в течение 2—3 минут до полного распределения частиц пенициллина.

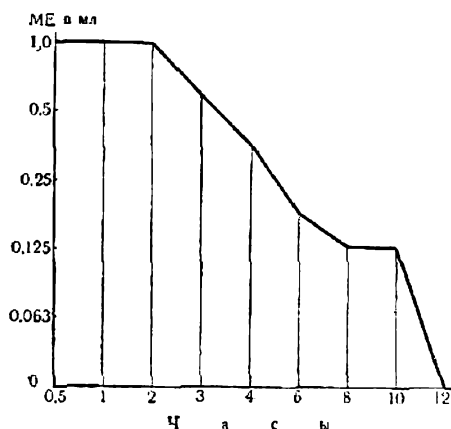


Рис. 25. Концентрация пенициллина в крови больных после внутримышечного введения дюрантного пенициллина на 3% восково-масляной взвеси (В. А. Чижова).

Взвесь хорошо сохраняется даже при комнатной температуре, не утрачивая титра в течение нескольких месяцев. Из 300 больных, которым было однократно введено 180 000—300 000 МЕ, у 93,0% наступило первичное излечение. При введении одновременно пирогенной взвеси (3% сера) процент излечения равнялся 98. Проверенная В. А. Чижовой концентрация пенициллина в крови после введения 180 000 МЕ дюрантного пенициллина дала следующую кривую, подтверждающую, что введение дюрантного пенициллина поддерживает в течение 8—10 часов эффективную концентрацию его в

крови (рис. 25). Восково-масляную взвесь следует предпочесть водно-масляным растворам ввиду более длительного сохранения титра пенициллина.

При высокой степени пенициллинорезистентности целесообразно вводить удвоенные дозы (300 000—400 000 единиц) в два приема, по 150 000—200 000 единиц через день. Одной из важнейших отличительных черт пенициллинотерапии от сульфамидаотерапии является различие ингибиторов. Альфа-парааминобензойная кислота, в изобилии находящаяся в очагах осложнений, не является ингибитором по отношению к пенициллину, а поэтому первичное применение пенициллина возможно и при острой осложненной гоноррее. Дальнейшая судьба воспаленного очага будет зависеть от регенеративной способности организма. Гистологические исследования Е. Я. Герценберг и Е. К. Дахшлегер (Центральный кожно-венерологический институт) показали, что через 8—12 дней после успешного лечения пенициллином в слизистой и подслизистой ткани уретры еще существует диффузная воспалительная инфильтрация, исчезающая через месяц.

Иногда рассасывание воспалительных очагов задерживается, хотя обнаружить гонококка не удастся. Для ускорения восстановления анатомического состояния необходимо немедленно по окончании пенициллинотерапии начать применение вспомогательных методов лечения — неспецифической раздражающей терапии, местного тепла, электротерапии и т. п.

П о б о ч н ы е я в л е н и я п р и п е н и ц и л л и н о т е р а п и и . При пенициллинотерапии могут наблюдаться побочные явления, которые зависят от повышения содержания белковых шлаков в пеницил-

лине после его очистки. Побочные явления могут наблюдаться первично при уже существующем аллергическом состоянии больного, могут развиваться и усиливаться при повторных курсах пенициллина, исчезать после десенсибилизации при шоковых явлениях и появляться снова.

У больных, подвергающихся пенициллинотерапии, может наблюдаться быстрая реакция в виде крапивницы, повышения температуры, озноба, выявляемых в течение первых 10—24 часов, и отдаленная реакция, наступающая в течение 7—10 дней. Реакция обычно имела характер сыпучей болезни и наблюдалась равными авторами в 0,5—5,7% всех случаев. Лечение обычное, десенсибилизирующее, лишь в редких случаях, в связи с интенсивностью реакции, приходилось прекращать лечение пенициллином.

Критерии излеченности и лабораторная диагностика гонорреи

Чтобы установить излеченность гонорреи, пользовались длительным клиническим наблюдением и отрицательными данными бактериоскопии выделений, осадка мочи и нитей после провокации или без нее.

Провокации применялись у 43,9% всех гонорройных больных, а клинический контроль и бактериоскопия — у 56,1%. Основным методом провокации была химическая, применявшаяся в 88,6% как самостоятельно, так и в комбинации с другими методами; реже применялись механическая, биологическая и алиментарная провокации.

Поскольку основное количество рецидивов проявлялось в течение первых 7 дней, следует считать необходимым стационарное наблюдение за больным в течение 7 дней по окончании лечения.

Лабораторная диагностика гонорреи и бактериоскопическое исследование встречали в годы войны порой значительные затруднения. Это касалось в основном больных, лечившихся амбулаторно при части.

Лаборатории ДМП были в большинстве санитарно-гигиенического типа с соответствующей профилизацией кадров. Поэтому стал весьма актуальным вопрос пересылки материалов для анализов в лаборатории специализированных госпиталей.

А. Д. Целищева и Н. С. Скупченко изучили возможность пользоваться мазками гноя, нанесенными на различные сорта бумаги. Бумага, смазанная тонким слоем коллодия, оказалась пригодной для взятия и пересылки мазков, причем получались такие же результаты, как и при мазках на стекле. Авторы предложили следующую технику: нижнюю часть препроводительной бумаги, с которой посылается мазок, смазывают тонким слоем коллодия и высушивают на воздухе; на коллодий в виде четырехугольника наносят выделения, подлежащие исследованию. Площадь мазка по краям обводят простым карандашом. Сверху ставится название органа, из которого взят мазок. После того как мазок подсохнет (при комнатной температуре и рассеянном свете), его отсылают в конверте в лабораторию. Лаборант вырезает обведенную карандашом часть бумаги, помещает на предметное стекло, наливает на него на 2—3 минуты несколько капель кипяченой воды, после чего переносит тупой стороной скальпеля ставшие жидкими выделения с бумаги на стекло, размазывая их возможно тоньше, высушивает, окрашивает и исследует.

Новые вопросы морфологии гонококка и его дифференциальной диагностики в условиях растущей сульфаниламидорезистентности также затрудняли лабораторную диагностику при определении излеченности гонорреи. Эти вопросы естественно стали в порядок дня и были частично разрешены работами, проведенными в специализированных госпиталях.

Практически большое значение имеет работа Б. П. Ушакова, посвященная вопросу об изменениях гонококков в период сульфаниламидотерапии. Эта работа, тесно увязанная с клиникой, имела во фронтовой практике большое практическое значение, так как весьма интересные работы В. Е. Дембской, П. П. Семенова, П. Н. Кашкина и других об изменчивости гонококка в пробирке не содержат достаточно данных по атипичным формам, встречающимся в клинической практике.

Наблюдая динамику микроскопической картины у больных, безрезультатно принимавших сульфаниламиды, Б. П. Ушаков отметил почти все те морфологические и тинкториальные изменения, которые наблюдались в культуре в пробирке. Все эти изменения сведены в табл. 56.

Таблица 56

Характерные признаки гонококков и их изменения под влиянием сульфаниламидной терапии

Характерные признаки гонококков у нелеченных больных	Изменение характерных признаков гонококков под влиянием сульфаниламидов
1. Правильная бобовидная форма с узкой щелью. 2. Отсутствие вариаций в величине как в пределах одной группы, так и во всем препарате. 3. Групповое расположение, причем характерна компактность, скученность. 4. Состав группы однородный, в него никогда не входит посторонняя флора. 5. Характер расположения: а) внутриклеточное; б) внеклеточное, беспорядочное, однако гонококки имеют тенденцию располагаться попарно, таким образом, что щель одного является как бы продолжением щели другого. В хронических случаях располагаются обычно цепочкой. 6. Равномерная и быстрая, яркая и компактная, но не рыхлая окраска метиленовой синькой уже при слабых концентрациях краски. 7. Отрицательная окраска по Граму.	Форма гонококков от бобовидной до шаровидной. Величина гонококков меняется в том и другом направлении не только в пределах одного мазка, но и одной группы. Групповое расположение сохраняется не всегда. Имеется тенденция к рассредоточению. Состав группы полиморфный. Расположение: а) внутриклеточное — встречается реже; б) внеклеточное — менее беспорядочное, так как тенденция размещаться попарно выражена значительно сильнее. Окраска метиленовой синькой не всегда равномерна, но никогда не бывает слабой (голубой), что отличает от изменений гонококка под влиянием других факторов. Окраска по Граму может варьировать от отрицательной до положительной.

Градация указанных изменений представляется автору в следующем виде.

Первая стадия (наблюдается не всегда, а только в начале приема сульфаниламидов): внеклеточные гонококки, расположенные на эпителии или на пустом поле зрения, размещаются более редко, чем в нелеченных случаях, иногда парными рядами, перпендикулярными щели гонококка, напоминающая страницы книги. Возможная причина этого — задержка процессов деления в результате действия медикаментов.

Вторая стадия: изменение величины как внеклеточных, так и внутриклеточных гонококков, часто в пределах одного скопления, обычно

в сторону увеличения, с сужением щели. Возможная причина — набухание микробов.

Третья стадия: скопления гонококков проявляют тенденцию к рассредоточению при увеличении размеров с появлением форм, приближающихся к шаровидным и асимметричным; появляются скопления, напоминающие тетракокки или короткие цепочки. В тех случаях, когда сохраняется некоторое количество крупных скоплений, правильное расположение микробов сменяется хаотическим. Внутриклеточное расположение редко. Окраска остается грамотрицательной.

Четвертая стадия: все указанные изменения выражены максимально. Присоединяется разнородность окраски по Граму, причем часть гонококков в группе начинает краситься грамположительно (гиперколоризм). В дальнейшем количество грамположительных форм нарастает, а в некоторых случаях остаются видны только грамположительные формы. Изменение формы гонококков может в этой стадии выразиться в появлении микрогонококков.

Эти изменения не являются специфическими, а напоминают известные и уже изученные изменения под влиянием других методов лечения, характеризуя так называемые диплококки типа Аша. Подавляющее большинство гонококков ашевского типа нужно считать сульфаниламидоизмененными. Это можно доказать тем, что: 1) 97,6% больных с гонококками ашевского типа предварительно лечились сульфаниламидами; у некоторых нелеченных больных с гонококками этого типа имеет место своеобразная клиническая картина с инкубацией, удлиненной до 14 и больше дней, подострым течением, вялой реакцией на сульфаниламиды; 2) число койко-дней этих больных значительно увеличивается в связи с их сульфаниламидорезистентностью; 3) процент рецидивов равен 16,6, в то время как при остальных формах он равен 4,5.

Нет ни одного морфологического или тинкториального признака, позволяющего дифференцировать гонококк.

Можно основываться только на совокупности признаков.

Наиболее стабильными признаками являются: а) отношение гонококков к диплококкам; б) внутриклеточное расположение внутри лейкоцитов; в) при внеклеточном расположении — попарное расположение таким образом, что щель одного является как бы продолжением щели другого диплококка, или при наличии слизи они располагаются в виде коротких цепей, параллельных тяжам слизи (хронические случаи); г) интенсивная и быстрая окраска метиленовой синькой, компактная и яркая, а не рыхлая; д) отрицательная окраска по Граму.

Изменения гонококков под влиянием лечения — явление преходящее и обратимое. Так, в случаях извращения окраски по Граму иногда уже через день окраска становится нормальной. Поэтому в сложных случаях, которые составляют меньше 0,5%, следует рекомендовать ежедневные повторные исследования в течение 3—5 дней, желательно даже несколько раз в день.

В общем наиболее подозрительными и требующими наибольшей осторожности являются мелкие диплококки с узкой щелью, а также небольшие группы крупных яркосиних (при окраске метиленовой синькой) диплококков, расположенных в слизи или в чистом поле зрения.

Статистическая обработка материала показала, что в 74,1% анализов больных флора отсутствовала в связи с окончанием лечения.

Из остальных 25,9% имелось 35,6% мазков формально положительных, так как они содержали типичные внутриклеточные гонококки; 64,4%

при формальном подходе требовали дообследования: 27,0% составляли внеклеточные диплококки, «морфологически сходные с гонококками», 15,0%—ашевские формы, соответствующие II, III, IV стадии, 0,4%—вульгарные диплококки и 22,0% — диплококки, носители которых нуждались в дообследовании.

При неформальном подходе с учетом морфологических данных были признаны положительными 37,6%, неясными, требующими дообследования — 22,4%. Эти данные были подтверждены дальнейшими клиническими наблюдениями.

На основании опыта Великой Отечественной войны следует требовать более строгого подхода к установлению критерия излеченности гонорреи у больных, леченных сульфаниламидами и пенициллином, обязательного бактериоскопического контроля в процессе и по окончании лечения и считать желательным применение бактериологического, серологического и биологического критерия в виде реакции Борде-Жангу, посевов спермы и кожно-аллергических реакций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги анализу профилактической и лечебной работы, проводившейся в Советской Армии в годы Великой Отечественной войны по отношению к венерическим болезням, следует прежде всего указать, что опыт минувшей войны полностью опроверг тезис, что любая война неизбежно влечет за собой рост венерических заболеваний как в армии, так и среди гражданского населения воюющих стран. Великая Отечественная война показала, что увеличение заболеваемости венерическими болезнями в войсках выявляется во время войны лишь при наличии особых условий, из которых основным является степень пораженности венерическими болезнями гражданского населения на территории расположения действующих войск и ближнего тыла.

Нет никакого сомнения в том, что отсутствие роста венерических болезней в войсках Советской Армии в первые два года войны было обусловлено резким снижением венерических заболеваний среди гражданского населения, достигнутым в Советском Союзе в довоенные годы в результате широких социальных преобразований, а также плановых противовенерических мероприятий, проведенных органами советского здравоохранения.

Наряду с этим, опыт войны отчетливо показал возможность предотвращения распространения войсками венерических заболеваний среди гражданского населения в тылу страны как во время войны путем проведения соответствующих профилактических мероприятий, так и в конце войны, в период демобилизации армии, путем тщательной санации демобилизуемых, больных венерическими болезнями.

Наконец, опыт войны с несомненностью показал необходимость проведения в войсках широких профилактических мероприятий с целью предупреждения распространения или ликвидации венерических заболеваний. В условиях советской действительности эти мероприятия оказались в отличие от капиталистических стран вполне реальными и дали возможность предотвратить значительный рост венерических заболеваний в войсках в военные годы. Проводившиеся в войсках профилактические мероприятия явились логическим продолжением той огромной планомерной работы по борьбе с венерическими болезнями, которую проводило советское здравоохранение и, в частности, военно-медицинская служба в мирное время. Однако проведение этой работы во время войны оказалось сопряженным с большими трудностями, зависевшими прежде всего от крайнего разнообразия и изменчивости условий, способствовавших распространению венерических заболеваний на отдельных фронтах в различные периоды войны.

Опыт работы по проведению в войсках профилактических мероприятий по борьбе с венерическими болезнями прежде всего подтвердил, что основой этой работы должен быть точный учет венерических больных, наи-

более рациональной формой которого является карточный учет, т. е. заполнение на каждого заболевшего карты «извещения о венерических заболеваниях».

Такая форма учета давала возможность подвергнуть быстрой статистической разработке и анализу не только численность венерических больных по отдельным формам заболеваний, но и выявить ряд других весьма важных данных, позволявших судить о ряде причин и условий их распространения.

Не касаясь всех форм проводившейся профилактической работы, следует указать, что не все виды профилактических мероприятий, проводимых в мирное время, полностью осуществимы во время войны. Так, например, одно из наиболее эффективных мероприятий — выявление источников заражения — в пределах расположения действующей армии реализовать значительно труднее, чем в мирное время. Наоборот, во время войны приобретали порой значение иные методы работы. К их числу относится прежде всего санитарно-венерологическая разведка, широко проводившаяся на отдельных фронтах с целью установления пораженности венерическими болезнями гражданского населения.

Одним из важных профилактических мероприятий, приобретающих значение во время войны, является индивидуальная, личная профилактика, наиболее рациональным методом которой следует считать организацию профилактических пунктов, развертываемых в крупных населенных местах, где располагались войска, и на путях их следования.

Особое значение, но и несколько иную направленность приобретает во время войны санитарно-просветительная работа, задачей которой, помимо обычной тематики, затрагивающей вопросы сущности венерических заболеваний и их профилактики, является разъяснение причин и способов распространения венерических болезней в капиталистических странах. Большое значение при проведении этой работы имеет широкий выпуск разнообразных наглядных пособий (кинофильмов, плакатов и т. п.).

Огромную роль в осуществлении профилактических мероприятий играло проведение в войсках широкой политико-воспитательной работы, что указывает на важность привлечения к работе по борьбе с венерическими болезнями командиров и политработников. Следует подчеркнуть также большое положительное значение профилактической работы в войсках, которое обеспечивается тесной связью военно-медицинской службы с органами гражданского здравоохранения.

Организация лечебного обслуживания венерических больных во время войны строилась прежде всего на принципе максимального приближения лечебной помощи к больным. В этом отношении особенно рациональной оказалась организация специализированных госпиталей в армейском районе, а также использование ДМП для амбулаторного и стационарного лечения некоторых форм венерических заболеваний. Лечение венерических больных на ПМП оказалось трудно осуществимым, особенно в периоды напряженных боевых действий.

Лечение больных сифилисом проводилось в основном хронически переживаемым методом, что организационно представляло большие трудности. Однако, как показали соответствующие данные, большинство больных все же получило полноценное и регулярное лечение. Это оказалось выполнимым благодаря: 1) широкой возможности проведения повторных курсов лечения стационарно в госпиталях, 2) организации амбулаторного лечения при госпиталях и ДМП.

Несомненно, рациональным оказалось внедрение в практику лечения сифилиса уплотненного метода, хорошо переносимого, терапевтически активного и сокращавшего срок лечения больного до 35—40 дней.

Все же трудность организации лечения больных сифилисом по хронически перемежающемуся методу лечения настоятельно диктует необходимость изыскания более ускоренных методов лечения этого заболевания. Введение пенициллина открывает в этом отношении большие возможности.

Значительные затруднения представляли вопросы организации лечения гонорреи. Введение незадолго до начала войны в терапию гонорреи сульфаниламидов направило лечение этого заболевания по совершенно новому пути, требовавшему всестороннего и глубокого изучения. Быстрое увеличение количества сульфаниламидных препаратов с их новыми качествами, отсутствие единых, точно установленных схем лечения и, наконец, выявившееся во время войны и все нараставшее явление сульфаниламидорезистентности требовали от врачей не только практической, но и большой теоретической работы.

Приведенные в главе о лечении гонорреи подробные данные по вопросу о применении сульфаниламидов являются в настоящее время уже до известной степени пройденным этапом, однако все же заслуживают внимания, суммируя огромный опыт и свидетельствуя о большой научной работе, проведенной врачами госпиталей.

Введение на последнем этапе войны в практику лечения гонорреи пенициллина хотя и облегчило до известной степени терапию этого заболевания, но потребовало от врачей изучения тогда еще нового и мало знакомого препарата.

Основное, что облегчило работу, заключается в предоставлении врачам широкой возможности госпитализации больных со всеми формами гонорреи, что создало условия для всестороннего изучения новых методов и более углубленного и обоснованного лечения больных.

Изучение пенициллинотерапии гонорреи на современном этапе показывает, что затруднения по организации лечения больных гонорреями, имевшие место в годы Великой Отечественной войны, могут быть легко преодолены.

Заканчивая разбор лечебно-профилактических мероприятий, проводившихся в Советской Армии в годы Великой Отечественной войны в целях снижения и ликвидации венерических заболеваний, следует указать, что эти мероприятия, принципиально необходимые и правильные, не являются постоянными и неизменными. Они должны и будут изменяться в зависимости от условий военной обстановки и совершенствования методов лечения венерических болезней.